

362.134  
GDE  
2 C1

**ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN  
PADA BALAI KESEHATAN MATA MASYARAKAT (BKMM)  
PROPINSI JAWA TENGAH DI SEMARANG  
TAHUN 2000**

**Tesis**

**Diajukan untuk memenuhi sebagian syarat guna memperoleh  
derajat Magister Kesehatan**



**Oleh :**

**SITI GOENARTI  
E4A 099028**

**Administrasi Kebijakan Kesehatan**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG  
2001**

UPT-PUSTAK-UNDIP

**TESIS**  
**ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN**  
**PADA BALAI KESEHATAN MATA MASYARAKAT (BKMM)**  
**PROPINSI JAWA TENGAH DI SEMARANG**  
**TAHUN 2000**

Dipersiapkan dan disusun oleh  
Siti Goenarti, SKM  
E4A 099028  
Administrasi Kebijakan Kesehatan

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji  
Pada tanggal 29 September 2001

Menyetujui  
DEWAN PENGUJI

Pembimbing Utama



Dra. Chriswardani Suryawati, M Kes

Pembimbing Pendamping



dr. Budihardja, MPH

Penguji



dr. Sudiro, MPH, Dr.PH.

Penguji



dr. Kus Sularso, MSc

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat



dr. Sudiro, MPH, Dr.PH.  
131 252 965

## **Sertifikat**

*Saya, Siti Goenarti, SKM yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang saya ajukan ini adalah hasil karya saya sendiri yang belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program magister ini ataupun program lainnya. Karya ini adalah milik saya, karena itu pertanggungjawaban sepenuhnya berada dipundak saya.*

**Siti Goenarti, SKM**

29 September 2001

## **PRAKATA**

Segala doa, puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah swt, atas semua limpahan rahmat, karunia dan nikmat yang telah dicurahkanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Tesis ini berjudul **ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN PADA BALAI KESEHATAN MATA MASYARAKAT PROPINSI JAWA TENGAH DI SEMARANG** yang disusun untuk memenuhi sebagian syarat mencapai gelar derajat S2 pada Universitas Diponegoro bidang studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, minat utama Administrasi Kebijakan Kesehatan.

Keberhasilan penulisan tesis ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karenanya perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang tulus dan ikhlas kepada:

1. Direktur Pasca Sarjana Universitas Diponegoro beserta semua staf yang telah banyak membantu memberikan fasilitas serta kemudahan dalam mengikuti pendidikan.
2. Kepala Kantor Wilayah Eks Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah, yang telah memberikan ijin dan restu kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
3. Pengelola Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro beserta segenap dosen dan staf yang telah memberikan fasilitas, bimbingan dan saran sampai terselesaikannya penyusunan tesis ini.
4. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat beserta staf yang telah memberikan berbagai fasilitas dan kemudahan selama penyelenggaraan pendidikan.

5. Dra. Chriswardani Suryawati, M Kes selaku pembimbing utama yang dengan penuh kesabaran serta keikhlasan telah membimbing, memberikan petunjuk dan saran dari awal hingga akhir penyusunan tesis ini.
6. Dr. Budiharja, DTMH, MPH selaku pembimbing pendamping yang dengan penuh kesabaran, ketelitian dan keikhlasan telah membimbing, memberikan petunjuk serta saran sehingga berhasil diselesaikannya penyusunan tesis ini.
7. Lucia Ratna, SH, M Kes selaku penguji dan pereview yang dengan penuh kesabaran, ketelitian telah memberikan masukan serta saran demi kesempurnaan tesis ini.
8. Dr. Siti Wahyuni, DSM Kepala Balai Kesehatan Mata Masyarakat Semarang yang telah memberikan izin sebagai tempat/lokasi penelitian dalam penyusunan tesis ini.
9. Sejawat staf Balai Kesehatan Mata Masyarakat Semarang yang telah banyak membantu mulai saat penelitian sampai tersusunnya penulisan tesis ini.
10. Suami dan anak-anak tercinta yang senantiasa memberikan dukungan untuk keberhasilan pendidikan ini.

Penulis benar-benar menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karenanya dengan segala kerendahan hati penulis mohon masukan dan kritik serta saran guna perbaikan selanjutnya. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Semarang, September 2001

Penulis

## ABSTRAK

Siti Goenarti

### ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN PADA BALAI KESEHATAN MATA MASYARAKAT PROPINSI JAWA TENGAH DI SEMARANG.

+ 99 halaman + 22 tabel + 16 gambar + 28 lampiran

Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dibutuhkan biaya. Biaya tersebut untuk membiayai semua komponen biaya. Selama ini biaya pelayanan kesehatan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat lebih banyak bersumber dari pemerintah/APBN baik berupa anggaran rutin maupun pembangunan melalui Proyek PPKM. Kontribusi dari pasien berupa karcis sebesar Rp.500,- yang nantinya disetor lagi ke Pemda sebagai Pendapatan Negara Bukan Pajak. Tarif yang dilaksanakan di BKMM saat ini adalah sesuai surat persetujuan Menkeu No. S-1085/MK.3/1991 tanggal 25 September 1991 yang besarnya sebagai berikut : pemeriksaan spesialisik Rp.750,- laboratorium sederhana Rp.750,- operasi kecil Rp.10.000,- operasi sedang Rp. 20.000,- operasi besar Rp. 60.000,- pteregium Rp.20.000,- dan observasi Rp. 1.750,-.

Masalah penelitian yang diangkat adalah berapa *unit cost* dan bagaimanakah analisisnya untuk menentukan tarif riil maksimum dan minimum serta faktor-faktor apa saja yang perlu diperhatikan dalam penetapan tarif di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Propinsi Jawa Tengah.

Penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif dengan studi kasus di BKMM Semarang. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui berapa besar biaya satuan (*unit cost*) pelayanan kesehatan di BKMM Semarang.

Metode perhitungan analisis biaya satuan (*unit cost*) yang digunakan adalah metode *real cost*. Penelitian ini juga untuk mengetahui tingkat pemulihan/pemenuhan tarif yang berlaku dengan biaya satuan (*unit cost*) aktual ( $CRR = \text{Cost Recovery Rate}$ ).

Hasil penelitian didapat biaya satuan (*unit cost*) aktual tanpa gaji untuk poliklinik Rp.1.893,-( $CRR = 26,42\%$ ), pemeriksaan spesialisik Rp. 17.572,- ( $CRR = 4,14\%$ ), pemeriksaan laboratorium Rp.25.284,-( $CRR = 2,97\%$ ), operasi kecil Rp.21.830,-( $CRR = 45,81\%$ ), operasi sedang Rp.43.660,-( $CRR = 45,81\%$ ), operasi besar Rp. 243.495,-( $CRR = 24,64\%$ ), observasi Rp.94.808,-( $CRR = 1,85\%$ ), dan refraksi Rp.4.022,-( $CRR = 18,65\%$ ), serta luar gedung Rp. 150.516,-( $CRR = 66,44\%$ ). Kecuali untuk kegiatan luar gedung CRR masih dibawah 50 % yang berarti bahwa subsidi pemerintah masih diperlukan untuk pelayanan kesehatan di BKMM.

Dari hasil perhitungan biaya satuan (*unit cost*) pelayanan kesehatan di BKMM dan dengan diketahuinya besarnya CRR dapat ditentukan berapa tarif yang diinginkan dan berapa subsidi pemerintah daerah yang dibutuhkan. Penyesuaian tarif masih diperlukan, agar pelayanan kesehatan masyarakat berkualitas dan berkesinambungan karena kesehatan merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah, masyarakat dan swasta. Hal ini juga dimaksudkan untuk mengurangi beban pemerintah dalam pemberian subsidi dan dalam rangka menuju kemandirian Balai Kesehatan Mata Masyarakat. Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala BKMM

bahwa tarif yang sekarang berlaku sangat tidak sesuai dan antisipasi untuk kebijakan tarif baru diusulkan untuk semi swadana asal disediakan belanja obat dan bahan. Bagian Keuangan Pemda Propinsi Jawa Tengah sangat mendukung dengan adanya analisis biaya hanya perlu diperhatikan beberapa faktor misalnya perlu adanya peningkatan promosi kesemua lapisan, menciptakan inovasi-inovasi baru dan perlu diingat bahwa subsidi untuk masyarakat menengah kebawah masih ada, tetapi jumlahnya sangat terbatas dan selektif. Disamping itu penyusunan pola tarif baru harus memperhatikan aturan-aturan yang ada kemudian dibahas bersama melalui rapat Biro Hukum, Dinas Pendapatan Daerah dan DPRD. Untuk itu perlu dipersiapkan data-data, kebijakan, aturan-aturan yang ada dan hasil analisis biaya serta kemampuan masyarakat. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah juga mengharapkan agar penyesuaian tarif dibuat secara berstrata sehingga diharapkan ada subsidi silang antara golongan mampu dan tidak mampu serta pengelolaanya dibuat semi swadana.

Kata kunci : analisis biaya, biaya satuan (*unit cost* ).  
Kepustakaan : 22 (1989 – 2001)  
Halaman : 99

## ABSTRACT

Siti Goenarti

Cost Analysis of health services at Community Eyes Health Clinic in Central Java Province, Semarang.

Managing health services need a lot of money. They are used for many kind of component cost. So far, health services cost at Community Eyes Health Clinic comes from government budget either routine budgeting or development project such a community health improvement project. The patient contribution by ticketing is Rp.500,- (five hundred rupiahs), to be paid for provincial government as non tax government income. The tariff that valid of Community Eyes Health Clinic is based on the letter of agreement of Minister of finance number S-1085/MK.3/1991, dated September 25, 1991 as follow : Specialistic examination Rp.750,- , simple laboratory Rp.750,- , minor surgery Rp.10.000,- , moderate surgery Rp.20.000,- , mayor surgery Rp.60.000,- , pterygium Rp.20.000,- , and observation Rp.1.750,-.

This research is made to find the unit cost and its analysis to determine the minimum and maximum real tariff including all factors influenced in Community Eyes Health Clinic. The method used in anlysing is real cost method. The research is also used to find the cost recovery rate by unit cost.

The results are as follow : actual unit cost without salary in polyclinic Rp.1.893,- (CRR 26,42 %), specialistic examination Rp.17.572,- (CRR = 4.14%), laboratory examination Rp.25.284,- (CRR = 2.97%), minor surgery Rp.21.830,- (CRR = 45.81%), moderate surgery Rp.43.660,- (CRR = 45.81%), major surgery Rp.243.495,- (CRR = 24.64%), observation Rp.94.808,- (CRR = 1.85 %), refraction Rp.4.022,- (CRR = 18.65%) and outside clinic Rp.150.516,- (CRR = 66.44%). There is an exception for outside activities that CRR is still below 50 %, it means that government subsidiary is still required in health care at Community Eyes Health Clinic.

The tariff and the government subsidiary can be determined by calculating unit cost and CRR. The tariff still should be adjusted to improve quality on community health services, because it is collectively responsibility among government, community and private sector. It also means to minimize government load in giving subsidiary to make Community Eyes Health Clinic independent.

According to the result of deep interview with the Head of Community Eyes Health Clinic, the recent tariff is no longer suitable and should be anticipated by proposing semi independent and giving medicine and material budgetary.

The finance division of Central Java Provincial office hardly support this cost analysis. The most importance factors is to promote it to all section of community by making new innovation, and one thing should be remembered is that there is still low society subsidiary even in limited amount.

On the other hand, new tariff formation must be made by considering regulation and furthermore should be discussed through law bureau forum, district government of income, district representative council.

Regarding all matters mentioned above, data, regulations, cost analysis and public skill must be well prepared. Head of Central Java Provincial health office hope that the tariff can be divided into strata and there should be cross subsidies independently between low and high society.

**Key words** : cost analysis, unit cost.



## DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iii
PRAKATA .....	iv
ABSTRACT .....	vi
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR/GRAFIK .....	xiv
DAFTAR SINGKATAN .....	xv
BAB I. PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	7
C. Originalitas Penelitian .....	7
D. Tujuan Penelitian .....	8
E. Manfaat Penelitian .....	9
F. Ruang Lingkup Penelitian .....	10
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA .....	12
A. Konsep Biaya dan Analisis Biaya .....	12
1. Pengertian Biaya .....	12
2. Jenis-jenis Biaya .....	12

	Halaman
4. Analisis Biaya .....	20
5. Metode Analisis Biaya .....	21
B. Metode Analisis Biaya .....	27
C. Kerangka Teori Real Cost .....	29
BAB III. METODE PENELITIAN .....	31
A. Jenis dan rancangan penelitian .....	31
B. Alur Penelitian .....	33
C. Instrumen Penelitian .....	34
D. Definisi Operasional .....	34
E. Cara Penelitian .....	36
F. Pengolahan Data .....	37
BAB IV. HASIL PENELITIAN .....	39
A. Gambaran Umum BKMM .....	39
B. Gambaran Umum Kegiatan BKMM .....	45
C. Gambaran Hasil Pelayanan di BKMM .....	50
D. Hasil Analisis Biaya BKMM .....	52
1. Identifikasi Biaya .....	52
2. Hambatan Identifikasi Biaya .....	65
3. Identifikasi Hasil Pelayanan .....	66
4. Dasar perhitungan Metode Real Cost .....	67
5. Biaya asli Pelayanan Kesehatan di BKMM .....	68
6. Analisis Biaya di BKMM .....	69
BAB V. PEMBAHASAN .....	72
A. Biaya Total .....	74

	Halaman
B. Analisis Biaya Satuan per Unit Pelayanan di BKMM .....	77
C. Analisis Sensitifitas Biaya Satuan per Unit Pelayanan .....	78
D. Analisis Titik Impas (Break Event Analysis) .....	90
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN .....	93
A. Kesimpulan .....	93
B. Saran .....	94
DAFTAR PUSTAKA .....	98

#### LAMPIRAN-LAMPIRAN:

- Lampiran 1. Sumber biaya untuk kegiatan pelayanan BKMM
- Lampiran 2. Identifikasi biaya langsung dan tak langsung
- Lampiran 3. Penggunaan bahan medis habis pakai tahun 2000
- Lampiran 4. Penggunaan obat BKMM tahun 2000
- Lampiran 5. Jumlah pemeriksaan di BKMM tahun 2000
- Lampiran 6. Penggunaan ATK dan ART di BKMM tahun 2000
- Lampiran 7. Daftar barang inventaris
- Lampiran 8. Data Unit Kerja Pegawai BKMM
- Lampiran 9. Data Kepegawaian BKMM Prop. Jateng
- Lampiran 10. Hasil Wawancara mendalam
- Formulir Isian
- Pedoman wawancara mendalam

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1	Trend hasil pelayanan kesehatan BKMM selama 3 tahun 1998-2000 ..... 4
Tabel 2	Besaran Tarif BKMM ..... 6
Tabel 3	Jenis dan luas ruangan BKMM ..... 41
Tabel 4	Jenis dan jumlah tenaga di BKMM ..... 42
Tabel 5	Sumber biaya, jenis dan jumlah biaya untuk kegiatan BKMM tahun 2000 ..... 44
Tabel 6	Jumlah pasien per jenis pemeriksaan di BKMM Semarang ... 50
Tabel 7	Persentase 10 besar penyakit di BKMM ..... 51
Tabel 8	Rincian biaya langsung per komponen ..... 53
Tabel 9	Rincian biaya langsung per unit pelayanan kesehatan di BKMM tahun 2000 ..... 54
Tabel 10	Rincian biaya tak langsung per komponen ..... 61
Tabel 11	Rincian biaya tak langsung per unit pelayanan kesehatan di BKMM tahun 2000 ..... 62
Tabel 12	Rincian biaya total per unit pelayanan kesehatan di BKMM tahun 2000 ..... 63
Tabel 13	Rekapitulasi biaya langsung dan tak langsung per komponen per jenis pelayanan BKMM Semarang tahun 2000 ..... 64
Tabel 14	Hasil pelayanan kesehatan BKMM Semarang tahun 2000 (April s/d Desember) ..... 66
Tabel 15	Rekapitulasi biaya langsung dan tak langsung per unit pelayanan di BKMM tahun 2000 ..... 68

Tabel 16	Rincian biaya langsung dan tak langsung unit luar gedung BKMM Semarang Tahun 2000 .....	69
Tabel 17	Distribusi komponen biaya gaji untuk analisis biaya pelayanan kesehatan di BKMM Semarang .....	70
Tabel 18	Gambaran total biaya per unit pelayanan di BKMM Tahun 2000	75
Tabel 19	Rekap biaya satuan per unit pelayanan di BKMM Tahun 2000	76
Tabel 20	Beberapa percobaan perhitungan dengan alternatif kenaikan tarif pada BKMM Semarang	85
Tabel 21	Simulasi penghitungan BEP dengan tarif baru di BKMM Semarang Tahun 2000	91
Tabel 22	Simulasi penghitungan BEP dengan tarif usulan baru di BKMM Semarang Tahun 2000	91

## DAFTAR GAMBAR/GRAFIK

	Halaman
Gambar 1 Mekanisme Metode Real Cost .....	26
Gambar 2 Kerangka Teori Penelitian .....	30
Gambar 3 Kerangka konsep .....	32
Gambar 4 Alur Penelitian .....	33
Gambar 5 Struktur Organisasi BKMM .....	40
Gambar 6 Skema alur pelayanan pasien di BKMM Semarang .....	49
Gambar 7 Distribusi biaya langsung unit poliklinik .....	55
Gambar 8 Distribusi biaya langsung unit spesialisik .....	56
Gambar 9 Distribusi biaya langsung unit operasi .....	57
Gambar 10 Distribusi biaya langsung unit observasi .....	58
Gambar 11 Distribusi biaya langsung unit laboratorium .....	59
Gambar 12 Distribusi biaya langsung unit refraksi .....	60
Gambar 13 Distribusi biaya langsung unit luar gedung .....	61
Gambar 14 Trend hasil pelayanan kesehatan BKMM Tahun 1998-2000 ...	67
Gambar 15 Perbandingan total cost, tanpa gaji, tanpa gaji dan investasi ...	74
Gambar 16 Perbandingan biaya langsung dan tak langsung per unit pelayanan di BKMM .....	76

## DAFTAR SINGKATAN

1. APBN : Anggaran Pembangunan dan Belanja Negara
2. APBD : Anggaran Pembangunan dan Belanja Daerah
3. ASKES : Asuransi Kesehatan
4. ASTEK : Asuransi Tenaga Kerja
5. ATK : Alat Tulis Kantor
6. AVA : Audio Visual Aid
7. BKMM : Balai Kesehatan Mata Masyarakat
8. BKOM : Balai Kesehatan Olahraga Masyarakat
9. BP4 : Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru
10. BP : Balai Pengobatan
11. BEPEKA : Badan Pemeriksa Keuangan
12. BEP : Break Event Point
13. CRR : Cost Recovery Rate
14. CBM : Cristofel Blindon Mission
15. DPRD : Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
16. DIK : Daftar Isian Kegiatan
17. DUK : Daftar Usulan Kegiatan
18. JPKM : Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
19. JPSBK : Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
20. KB : Keluarga Berencana
21. KIA : Kesehatan Ibu dan Anak
22. KIE : Komunikasi Informasi Edukasi
23. LSM : Lembaga Swadaya Masyarakat

24. PKKP	: Pencegahan Kebutaan Katarak Paripurna
25. PNS	: Pegawai Negeri Sipil
26. POSYANDU	: Pos Pelayanan Terpadu
27. POLINDES	: Pondok Bersalin Desa
28. PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
29. PUSTU	: Puskesmas Pembantu
30. PPKM	: Peningkatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat
31. RSU	: Rumah Sakit Umum
32. TU	: Tata Usaha
33. UU	: Undang Undang
34. UPT	: Unit Pelaksana Teknis
35. UKMPK	: Upaya Kesehatan Mata dan Pencegahan Kebutaan
36. UKS	: Usaha Kesehatan Sekolah
37. WHO	: World Health Organization



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1. Latar belakang.**

Penentuan tarif akhir-akhir ini menjadi salah satu issue menonjol dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Untuk fasilitas pemerintah, tarif pelayanan lebih banyak ditentukan oleh pertimbangan sosial, sehingga secara umum sering dinilai terlalu rendah (Gani,1993).

Berbagai argumentasi dilontarkan sehubungan dengan tarif yang rendah tersebut, misalnya ada dugaan bahwa sebetulnya sudah cukup banyak penduduk yang mampu membayar diatas tarif yang berlaku, khususnya di kota. Karena pengguna pelayanan kesehatan, khususnya Rumah Sakit adalah penduduk yang tinggal di perkotaan dengan tingkat sosial ekonomi yang lebih tinggi, maka subsidi yang diberikan pemerintah lebih banyak dinikmati oleh penduduk yang lebih mampu dibandingkan dengan penduduk yang betul-betul membutuhkannya (Gani,1993).

Rendahnya tarif tersebut, khususnya Rumah Sakit, juga menyebabkan lemahnya posisi pihak pelayanan kesehatan dalam bernegosiasi dengan pihak ketiga dalam pembayaran pelayanan, yaitu perusahaan asuransi atau badan penyelenggara JPKM seperti PT Askes, PT Astek dll (Gani,1993). Akibat lebih lanjut dari rendahnya tarif tersebut tidak memungkinkan fasilitas pelayanan kesehatan memperoleh pendapatan yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan, sehingga untuk institusi kesehatan pemerintah, konsekuensinya adalah tidak bisa bersaing dengan fasilitas non pemerintah.

Kebijakan dan penentuan tarif pelayanan kesehatan lebih kompleks dari pada penentuan tarif komoditi lain pada umumnya, karena dalam pelayanan kesehatan merupakan perpaduan antara motif sosial dan motif ekonomis sekaligus.

Sejalan dengan pelaksanaan otonomi daerah dan diberlakukannya UU No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah serta UU No. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, merupakan peluang kepada daerah untuk melaksanakan pembangunan, mempercepat pemerataan dan keadilan sesuai masalah, potensi dan keanekaragaman daerah. Desentralisasi manajemen kesehatan merupakan komitmen politis yang harus dilaksanakan sesuai dengan diterbitkannya UU No. 22 tahun 1999 dan UU No. 25 tahun 1999.

Di bidang kesehatan, desentralisasi pada umumnya dilihat dari 3 aspek yaitu kewenangan, kelembagaan dan pembiayaan (Mills et al, 1991). Dalam hal kewenangan, sebagai tindak lanjut dari Undang-Undang tersebut, Departemen Kesehatan bersama Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara telah merumuskan pembagian kewenangan dibidang kesehatan antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Dalam hal kelembagaan, diperlukan sesuai dengan kewenangan yang dimiliki oleh daerah maka lembaga yang diharapkan akan menyelenggarakan kegiatan adalah Dinas Kesehatan Daerah.

Dalam hal pembiayaan, perlu dibedakan pembiayaan yang tergolong sebagai *public goods* dan yang tergolong *private goods*. Pembiayaan yang bersifat publik merupakan pembiayaan yang menjadi tanggung jawab pemerintah antara lain kegiatan-kegiatan pelayanan untuk orang miskin dan

kegiatan-kegiatan bersifat promotif dan preventif. Pembiayaan dari *private goods* adalah pembiayaan-pembiayaan yang bersifat pelayanan langsung misal di Rumah Sakit, Puskesmas yaitu kegiatan-kegiatan yang lebih bersifat upaya penyembuhan dan pemulihan (Gani,1993).

Khusus untuk upaya penyembuhan dan pemulihan di bidang kesehatan mata terdapat sarana pelayanan kesehatan yang disebut Balai Kesehatan Mata Masyarakat dan untuk seluruh Indonesia terdapat 7 (tujuh) buah salah satunya di Jawa Tengah.

Balai Kesehatan Mata Masyarakat Semarang sebagai satu-satunya Balai Kesehatan Mata Masyarakat yang ada di Jawa Tengah sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No.434/MENKES/SK/VI/1993 tanggal 2 Juni 1993 telah ditetapkan menjadi Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan RI.

Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) mempunyai tugas melaksanakan upaya penanggulangan penyakit mata secara menyeluruh beserta sistem rujukannya, dengan berorientasi pada masyarakat dan kelayakan kemampuan ekonominya. Sesuai dengan tugas tersebut diatas maka kegiatan yang dilaksanakan oleh BKMM bisa dibedakan menjadi kegiatan didalam gedung dan diluar gedung. Kegiatan dalam gedung meliputi unit poliklinik, unit spesialisik, unit kamar obat, unit laboratorium, unit refraksi, unit observasi, unit operasi dan unit KIE, sedangkan kegiatan luar gedung meliputi operasi katarak di Puskesmas, promosi kesehatan mata di Puskesmas dan di sekolah serta pelatihan tenaga medis/paramedis di bidang pencegahan kebutaan dan katarak paripurna. Secara tehnik, pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BKMM

tersebut lebih maju teknologinya dibandingkan dengan Puskesmas, namun sesungguhnya setara dengan pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit.

Jumlah tenaga yang ada di BKMM Jawa Tengah sebanyak 29 orang terdiri dari dokter spesialis mata 1 orang, dokter umum 1 orang, perawat 9 orang, asisten apoteker 2 orang, analis kesehatan 1 orang, refraksionis optisien 2 orang, binawan kesehatan masyarakat 1 orang dan administrasi 12 orang.

Sarana prasarana yang ada di BKMM terdiri dari peralatan medis meliputi alat pemeriksaan mata dasar, alat pemeriksaan mata spesialistik, alat operasi, alat penunjang diagnostik dan obat-obatan. Sedangkan peralatan non medis meliputi mebelair, AVA, kendaraan roda 4 dan roda 2 serta bahan penunjang lainnya.

Hasil kunjungan pasien Balai Kesehatan Mata Masyarakat selama tiga tahun terakhir (1998 – 2000) per jenis pelayanan kesehatan memberikan gambaran adanya peningkatan dari tahun ke tahun sebagaimana tabel 1, yang secara tidak langsung berarti *demand* masyarakat meningkat.

**Tabel 1 : Trend hasil pelayanan BKMM selama 3 tahun**

No.	Hasil Pelayanan	Th.1998	Th.1999	Th. 2000
1.	Poliklinik	3635	5213	5932
2.	Spesialistik	897	860	1594
3.	Observasi	174	202	250
4.	Operasi	196	242	322
5.	Laboratorium	228	263	301
6.	Refraksi	794	1205	1274
7.	Luar gedung	725	665	720

Sumber : Data primer terolah BKMM, 2000

Sumber dana yang ada di BKMM selama ini berasal dari APBN (Rutin dan Proyek PPKM I) serta kerja sama dengan pihak ketiga (Lions Club dan Hellen Keller). Biaya pengelolaan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di BKMM hampir secara keseluruhan dibiayai oleh pemerintah.

Untuk tahapan selanjutnya dalam rangka otonomi daerah sejak 1 Januari 2001 menjadi Unit Pelaksana Teknis Propinsi, dimana diharapkan menjadi aset yang penting khususnya sebagai sumber pendapatan daerah sehingga perlu dikelola dengan baik agar dapat memberikan kontribusi kepada Pemda.

Pada kenyataannya pola tarip yang ada saat ini belum mencerminkan upaya untuk membuat UPT lebih mandiri, karena pola tarip yang berlaku lebih rendah dari Rumah Sakit serta belum didasarkan pada biaya riil. Pola tarip masih mengacu persetujuan pola tarip pelayanan BP4 & BKMM dengan Surat Menteri Keuangan No. S-1085/MK.3/1991 tanggal 25 September 1991 dan Keputusan Menteri Kesehatan No. 307/MENKES/SK/IV/1992 tanggal 18 April 1992 serta Surat Edaran Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI No. 958/BM/DJ/KEU/VI/1992 tanggal 30 Juni 1992 yang dirasakan sudah tidak sesuai dengan kondisi dan situasi saat ini.

Rendahnya tarif tersebut didukung dengan adanya Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) dari BEPEKA terhadap Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) Ditjen Binkesmas tahun Anggaran 1993/1994 dan 1994/1995 yang menemukan bahwa besaran tarif pelayanan di BP4 dan BKMM sudah terlalu rendah dan direkomendasikan untuk peninjauan dan penyempurnaan jenis pelayanan.

**Tabel 2. Besaran tarif BKMM yang sedang berlaku**  
(sesuai Surat Persetujuan Men Keu No. S-1085/MK.3/1991)

No	Kegiatan	Bahan & Alat	Jasa UPT	Jasa Medik	Jumlah
1	Karcis	0	500	0	500
2	Pemeriksaan spesialistik	500	250	0	750
3	Laboratorium sederhana	500	250	0	750
4	Operasi Kecil	5.000	2.500	2.500	10.000
5	Operasi Sedang	10.000	5.000	5.000	20.000
6	Operasi Besar	30.000	15.000	15.000	60.000
7	Operasi Pteregium	10.000	5.000	5.000	20.000
8	Observasi	0	1.750	0	1.750

Sumber : Kumpulan Surat Keputusan & Surat Edaran Dit Jen Binkesmas Depkes.

Keterangan : BA = Bahan dan alat.

Perubahan pola tarip telah diusulkan oleh Direktorat Jenderal Binkesmas Depkes RI sejak tahun 1996 ke Departemen Keuangan, namun hingga saat ini belum dapat direalisasi. Selanjutnya melalui Rapat Konsultasi UPT Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat pada tanggal 16-18 April 2000 telah diusulkan kembali perubahan besaran tarif pelayanan di BP4/BKMM dan BKOM, yang sampai saat ini juga belum turun persetujuannya.

Oleh karena itu sejalan dengan penyerahan BKMM Semarang menjadi UPT Propinsi Jawa Tengah merupakan saat yang tepat untuk mengadakan analisis biaya pelayanan kesehatan agar bisa dilakukan penyesuaian tarip yang sesuai dengan pelayanan di institusi BKMM dan kemampuan masyarakat umum. Hal ini sekaligus untuk mempersiapkan agar BKMM menjadi UPT yang mandiri sehingga apabila bantuan dari pemerintah pusat sudah tidak ada lagi maka kegiatan yang sudah berjalan dan dikenal masyarakat tetap akan bisa dilaksanakan sehingga prevalensi kebutaan mata untuk Jawa Tengah sebesar 1,5% dengan penyebab utama Katarak dapat diturunkan.

## B. Perumusan masalah.

Dengan latar belakang yang telah diuraikan, rumusan pertanyaan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Berapakah *unit cost* (biaya satuan) dan bagaimanakah analisisnya untuk menentukan tarif riil maksimum dan minimum serta faktor-faktor apa saja yang perlu diperhatikan dalam penetapan tarif di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Propinsi Jawa Tengah.

## C. Originalitas penelitian.

Penelitian sejenis sudah pernah diadakan khususnya untuk Rumah Sakit dan Puskesmas, tetapi penelitian tentang analisis biaya pelayanan kesehatan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat belum pernah dilakukan.

Penelitian untuk Rumah Sakit dan Puskesmas yang sudah pernah dilakukan antara lain :

1. Analisis biaya program KIA dan KB di 2 Puskesmas Kabupaten Bekasi Jawa Barat oleh A. Ridwan Malik dkk pada tahun 1995 dengan hasil pada kegiatan KIA unit cost rendah pada Puskesmas dan Posyandu, agak tinggi pada Pustu dan tinggi pada Polindes. Sedangkan pada program KB unit cost rendah di Puskesmas, agak tinggi di di Pustu, tinggi di Posyandu dan sangat tinggi di Polindes.
2. Analisis biaya pasien rawat jalan di Puskesmas Sumbang I, Kabupaten Banyumas tahun 2000 oleh Pardi Suprpto dengan hasil unit cost aktual untuk BP sebesar Rp.5.974,69 ; KIA/KB sebesar Rp.6.243,81; dan BP Gigi sebesar Rp.7.605,69 dengan unit cost rata-rata Rp.6.611,59. Sedangkan

CRR dari tarif sesuai Perda Kabupaten Banyumas No. 5 tahun 1997 sebesar Rp.2.500,- menghasilkan CRR BP 41,77%, CRR KIA/KB 40,04%, CRR BP Gigi 32,8% dan CRR rata-rata (gabungan) 37,81%.

3. Analisis biaya program penyehatan lingkungan di Instalasi Sanitasi Lingkungan RSUP dr.Sardjito Yogyakarta tahun 1999 oleh Siti Hani Istiqomah dengan hasil unit cost Pengolahan Limbah Cair sebesar Rp.26.376,-, Pengolahan Limbah Padat sebesar Rp.77.696,-, Pengolahan Air Bersih sebesar Rp.16.234,-, Sterilisasi sebesar Rp.18.574,-, Pengendalian Serangga dan Binatang Pengganggu sebesar Rp.46.640,-, Pengawasan Sanitasi Ruang sebesar Rp.174.054,-, Pengawasan sanitasi Makanan sebesar Rp.30.069,-, Pengawasan Tempat Pencucian Linen sebesar Rp.641.177,- dan Penyuluhan Kesehatan Lingkungan sebesar Rp.1.031.367,-.

Penelitian tersebut dilakukan dengan methode *double distribution* dan hanya pada satu jenis pelayanan, sedangkan pada penelitian analisis biaya pelayanan di BKMM metode yang digunakan adalah *real cost* dan yang dianalisis pada semua jenis pelayanan yang ada.

#### D. Tujuan Penelitian.

##### 1. Tujuan umum :

Untuk menghitung *unit cost* (biaya satuan) pelayanan kesehatan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Semarang guna menentukan tarif riil yang direkomendasikan untuk waktu yang akan datang (*future cost*).



## 2. Tujuan khusus :

- a) Mengidentifikasi semua biaya yang mungkin timbul akibat adanya kegiatan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Semarang, berupa biaya langsung dan tidak langsung.
- b) Menganalisis semua kegiatan yang memberi konsekuensi biaya sesuai variasi kegiatan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Semarang.
- c) Mengidentifikasi dan menghitung semua biaya langsung yang terjadi di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Semarang.
- d) Mengidentifikasi dan menghitung semua biaya tidak langsung yang terjadi di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Semarang.
- e) Menghitung *unit cost* per pelayanan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun tidak langsung) kesetiap jasa pelayanan.
- f) Mendapatkan gambaran CRR (*Cost Recovery Rate*) tarif Balai Kesehatan Mata Masyarakat dengan biaya satuan (*unit cost*) aktual.
- g) Mengidentifikasi faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam penetapan tarif.

## E. Manfaat penelitian.

### 1. Manfaat bagi Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM).

Sebagai masukan dalam menentukan perencanaan dan pengendalian anggaran pelayanan kesehatan, pengambilan keputusan dan pengidentifikasian sistem akuntansi biaya.

### 2. Manfaat bagi Dinas Kesehatan Propinsi.

Sebagai salah satu elemen evaluasi dan kontrol BKMM serta memberikan masukan untuk perencanaan anggaran berikutnya.

3. Manfaat bagi Pemerintah Daerah Propinsi Jawa Tengah.

Sebagai masukan untuk dasar penetapan tarif pelayanan kesehatan BKMM dan merencanakan besarnya subsidi Pemda.

4. Manfaat bagi Pengembangan Pengetahuan.

Memperkaya jenis tesis di Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat UNDIP dalam penerapan teori Pembiayaan Kesehatan khususnya tesis tentang Analisis Biaya Pelayanan Kesehatan.

5. Manfaat bagi Peneliti.

Sebagai pengalaman dalam menyusun tesis S2 di Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat UNDIP dan memperkaya pengetahuan mengenai analisis biaya.

6. Manfaat bagi masyarakat.

Pendapatan dari diberlakukannya tarif pelayanan kesehatan digunakan atau dikembalikan kepada masyarakat berupa peningkatan mutu pelayanan kesehatan, pengembangan dan perluasan pelayanan kesehatan dan terjadinya kesinambungan pelayanan kesehatan.

**F. Ruang Lingkup Penelitian.**

Mengingat keterbatasan penulis dalam kemampuan, sarana, tenaga, dan dana, maka ruang lingkup penelitian ini kami batasi sebagai berikut :

1. Keilmuan

Lingkup keilmuan termasuk dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan kajian bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan khususnya kajian bidang Ekonomi Kesehatan.

## 2. Materi

Materi yang akan diteliti adalah analisis biaya pelayanan kesehatan untuk mendapatkan biaya satuan pelayanan dan faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam penentuan tarif BKMM.

## 3. Sasaran

Sasaran dalam penelitian ini adalah Kepala BKMM dan semua petugas yang terkait dengan kegiatan pelayanan kesehatan dan Tata Usaha.

## 4. Lokasi

Lokasi penelitian dilakukan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Propinsi Jawa Tengah di Semarang. Untuk kelengkapan penelitian dilakukan pula wawancara dengan Dinas Kesehatan Propinsi dan Pemerintah Daerah serta pesaing.

## 5. Waktu

Waktu penelitian pada bulan Januari s/d Juni 2001 sedangkan data yang dianalisis data tahun 2000.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep biaya dan Analisis Biaya

##### 1. Pengertian Biaya

Untuk menghasilkan suatu produk (*output*) tertentu diperlukan sejumlah *input* (Mulyadi, 1993). Biaya adalah nilai dari sejumlah *input* (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (*output*).

*Output* atau produk bisa berupa jasa pelayanan atau bisa berupa barang. Di sektor kesehatan misalnya Rumah Sakit dan Puskesmas, produk yang dihasilkan berupa jasa pelayanan kesehatan. Untuk menghasilkan pelayanan pengobatan di Rumah Sakit misalnya, diperlukan sejumlah *input* (faktor produksi) yang antara lain berupa obat, alat kedokteran, tenaga dokter, listrik, gedung dan sebagainya. Dengan demikian biaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dapat dihitung dari nilai (jumlah unit X harga) obat, alat kedokteran, tenaga dokter, listrik, gedung dan sebagainya yang digunakan untuk menghasilkan pelayanan kesehatan (Gani, 1996).

Biaya juga sering diartikan sebagai nilai dari suatu pengorbanan untuk memperoleh suatu *output* tertentu. Pengorbanan itu bisa berupa uang, barang, tenaga, waktu maupun kesempatan. Dalam analisis ekonomi nilai kesempatan untuk memperoleh sesuatu yang hilang karena melakukan suatu kegiatan juga dihitung sebagai biaya yang disebut dengan biaya kesempatan (*opportunity cost*). Apapun wujud pengorbanan tersebut, dalam perhitungan biaya semuanya harus ditransformasikan kedalam nilai uang (Mulyadi, 1993).

## 2. Jenis-jenis biaya.

Untuk keperluan analisis biaya dikelompokkan menurut beberapa kriteria. Ada pengelompokkan yang didasarkan atas pengaruhnya pada perubahan skala produksi, atau pengelompokkan atas lama penggunaan. Bahkan kadang-kadang biaya dikelompokkan menurut fungsi/aktivitas, sumber, langsung tak langsung dan sebagainya. Pengelompokkan komponen biaya tersebut ditentukan sesuai dengan kebutuhan analisis dan menghasilkan beberapa istilah biaya (Mulyadi, 1993).

### a. Berdasar pengaruh pada perubahan skala produksi.

Dalam kaitannya dengan perubahan skala produksi, biaya dapat dibedakan menjadi biaya tetap (*fixed cost*) dan biaya variabel (*variable cost*).

#### 1). Biaya tetap (*fixed cost*).

Biaya tetap (*fixed cost*) adalah biaya yang secara relatif tidak dipengaruhi oleh besarnya jumlah produksi. Biaya ini harus tetap dikeluarkan terlepas dari persoalan apakah pelayanan diberikan atau tidak. Contoh biaya tetap adalah nilai dari gedung yang digunakan, nilai dari peralatan kedokteran, nilai tanah dan sebagainya. Nilai gedung dimasukkan dalam biaya tetap karena biaya gedung yang digunakan tidak berubah baik ketika pelayanannya meningkat maupun menurun. Demikian juga dengan biaya stetoskop yang relatif tetap untuk memeriksa 5 maupun 10 pasien. Artinya biaya *stetoskop* tetap tidak berubah meskipun jumlah pasien yang dilayani berubah.

Pada umumnya yang tergolong biaya tetap adalah biaya-biaya investasi. Oleh sebab itu penggunaan istilah biaya tetap seringkali

bersamaan dengan biaya investasi. Bahkan kadang-kadang biaya tetap disebut juga sebagai biaya investasi, walaupun ada kriteria lain yang menentukan sifat biaya investasi selain hubungannya dengan output, yaitu waktu pengeluarannya yang biasanya lebih dari satu tahun.

2). Biaya variabel (*variable cost*).

Biaya variabel (*variable cost*) adalah biaya yang volumenya dipengaruhi oleh banyaknya output (produksi). Contoh yang termasuk dalam biaya variabel adalah biaya obat, biaya makan, biaya alat tulis kantor, biaya pemeliharaan dan sebagainya. Biaya obat dan makan dimasukkan dalam biaya variabel karena jumlah biaya tersebut secara langsung dipengaruhi oleh banyaknya pelayanan yang diberikan. Biaya obat dan makan untuk melayani 5 unit pasien akan berbeda dengan biaya obat dan makan untuk melayani 10 unit pasien. Karena biasanya besar volume produksi direncanakan secara rutin maka biaya variabel ini juga direncanakan secara rutin. Oleh sebab itu biaya variabel sering juga disebut sebagai biaya rutin.

Dalam praktek seringkali dialami kesulitan untuk membedakan secara tegas apakah suatu biaya termasuk biaya tetap atau biaya variabel. Penambahan dan pengurangan biaya gaji pegawai terutama pada fasilitas pemerintah, tidak semudah seperti penurunan dan penambahan output pelayanan. Tetapi per teori biaya pegawai sebenarnya dipengaruhi oleh besarnya *output*. Di sebuah poliklinik misalnya jika pasien rawat jalan meningkat, pada jumlah tertentu perlu ditambah tenaga sehingga besar biaya pegawai akan berubah. Oleh

sebab itu ada yang mengelompokkan biaya pegawai sebagai semi *variable cost* atau *semi fixed*.

Biaya total adalah jumlah dari biaya tetap dan biaya variabel, atau *total cost = Fixed cost + Variable cost* ( $TC=FC+VC$ ).

b. Berdasar lama penggunaan.

Disamping dikelompokkan menurut pengaruhnya terhadap perubahan skala produksi, biaya juga dikelompokkan berdasar lama penggunaannya. Dalam kaitan ini biaya dibedakan dalam biaya investasi dan biaya operasional.

1). Biaya Investasi (*Investment cost*).

Biaya investasi (*investment cost*) adalah biaya yang kegunaannya dapat berlangsung dalam waktu yang relatif lama. Biasanya batasan waktu untuk biaya investasi ditetapkan lebih dari satu tahun. Batas satu tahun ditetapkan atas dasar kebiasaan bahwa anggaran direncanakan dan direalisasi untuk satu tahun. Biaya investasi ini biasanya berhubungan dengan pembangunan atau pengembangan infrastruktur fisik dan kapasitas produksi.

Contoh yang termasuk dalam biaya investasi antara lain biaya pembangunan gedung, biaya pembelian mobil, biaya pembelian peralatan besar dan sebagainya.

2). Biaya Operasional (*operasional cost*).

Biaya operasional (*operasional cost*) adalah biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam suatu proses produksi dan memiliki sifat habis pakai dalam kurun waktu yang relatif singkat (kurang dari satu tahun).

Contoh yang termasuk dalam biaya operasional antara lain biaya obat, biaya makan, gaji pegawai, air, listrik dan sebagainya.

Konsep yang sering dipakai bersamaan dengan biaya operasional yaitu biaya pemeliharaan. Biaya pemeliharaan adalah biaya yang dikeluarkan untuk mempertahankan nilai suatu barang investasi agar terus berfungsi. Misalnya biaya pemeliharaan gedung, pemeliharaan kendaraan dan sebagainya. Antara biaya operasional dan pemeliharaan dalam praktek sering disatukan menjadi biaya operasional dan pemeliharaan. Biaya operasional dan pemeliharaan dengan sifatnya yang habis pakai dikeluarkan secara berulang-ulang. Karena itu biaya operasional dan pemeliharaan sering disebut juga sebagai biaya berulang (*recurrent cost*).

c. Berdasarkan fungsi/aktivitas/sumber.

Klasifikasi biaya berdasarkan fungsi/aktivitas pelayanan dan dikaitkan dengan *unit cost*, konsep biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tak langsung (*indirect cost*) sering digunakan ketika menghitung biaya satuan (*unit cost*).

Dalam suatu unit usaha misalnya di Rumah Sakit terdapat 2 jenis unit kegiatan yaitu unit produksi seperti rawat jalan, rawat nginap dan sebagainya serta unit penunjang seperti misalnya instalasi gizi, bagian administrasi, bagian keuangan dan sebagainya. Mengingat ada unit penunjang maka untuk menghitung biaya satuan rawat inap, biaya yang dihitung bukan saja biaya yang ada di unit produksi yang secara langsung (*direct*) berkaitan dengan pelayanan (*output*), tetapi harus dihitung juga biaya yang ada di unit penunjang meskipun biaya di unit penunjang tidak secara langsung (*indirect*) berkaitan dengan pelayanan.



1). Biaya langsung.

Biaya-biaya yang dikeluarkan pada unit-unit yang langsung melayani pasien disebut biaya langsung. Di Rumah Sakit, yang termasuk biaya langsung seperti biaya yang dikeluarkan untuk unit rawat inap dan rawat jalan baik berupa gaji pegawai, obat-obatan, gedung, kendaraan dan sebagainya.

2). Biaya tak langsung.

Biaya yang dikeluarkan di sistem penunjang disebut sebagai biaya tak langsung. Yang termasuk biaya tak langsung misalnya biaya yang dikeluarkan untuk honor Satpam, penggunaan listrik, telpon, air, alat tulis kantor, pemeliharaan gedung, alat, kendaraan dan sebagainya.

d. Biaya satuan (*Unit Cost*).

Biaya satuan adalah biaya yang dihitung untuk setiap satu satuan produk pelayanan. Biaya satuan diperoleh dari biaya total (TC) dibagi dengan jumlah produk (Q) atau  $TC/Q$ . Dengan demikian dalam menghitung biaya satuan harus ditetapkan terlebih dahulu besaran produk (cakupan pelayanan). Per definisi biaya satuan seringkali disamakan dengan biaya rata-rata (*average cost*).

Di Rumah Sakit misalnya, apakah satuan produk dihitung dalam satuan rawat jalan, satuan rawat inap atau diperinci lagi menjadi satuan rawat nginap kelas I, satuan rawat inap kelas II dan sebagainya. Penetapan besaran satuan produk itu dilakukan sesuai dengan kebutuhan. Makin kecil satuan produk/pelayanan akan makin rumit dalam menghitung biaya satuan. Dengan melihat rumus biaya satuan ( $TC/Q$ ) tersebut maka jelas bahwa tinggi

rendahnya biaya satuan suatu produk tidak saja dipengaruhi oleh besarnya biaya total tetapi juga dipengaruhi oleh besarnya produk/pelayanan.

Dari hasil penelitian Ascobat Gani dan Hendrik M. Taurany (1989) dikatakan bahwa pada Rumah Sakit atau Puskesmas, penghitungan biaya satuan dengan rumus diatas banyak dipengaruhi oleh tingkat utilisasi. Makin tinggi tingkat utilisasi (dengan demikian makin besar juga jumlah Q) akan makin kecil biaya satuan suatu pelayanan. Sebaliknya makin rendah (dengan demikian makin kecil jumlah Q) akan semakin besar biaya satuan suatu pelayanan.

Penghitungan biaya satuan yang didasarkan atas pengeluaran nyata terhadap produk/pelayanan (dengan rumus  $TC/Q$ ) disebut biaya satuan aktual (*actual unit cost*).

Disamping biaya satuan aktual juga ada yang disebut dengan biaya satuan normatif (*normative unit cost*) yaitu besarnya biaya yang diperlukan untuk menghasilkan suatu jenis pelayanan kesehatan menurut standart baku. Besarnya biaya satuan normatif ini terlepas dari apakah pelayanan tersebut dipergunakan oleh pasien atau tidak. Pada Rumah Sakit atau Puskesmas penghitungan biaya satuan normatif akan mengalami kesulitan, hal ini disebabkan karena tidak adanya standar baku, disamping sifat pelayanan yang diberikan kepada pasien juga sangat kasuistik.

e. Biaya penyusutan (*depreciation cost*).

Biaya penyusutan (*depreciation cost*) adalah biaya yang timbul akibat terjadinya pengurangan nilai barang investasi (aset) sebagai akibat penggunaan dalam proses produksi. Setiap barang investasi yang dipakai

dalam proses produksi akan mengalami penyusutan nilai, baik karena makin usang atau karena mengalami kerusakan fisik. Nilai penyusutan dari barang investasi seperti gedung, kendaraan, peralatan disebut sebagai biaya penyusutan.

Ada beberapa metode yang dapat dipakai untuk menghitung penyusutan yaitu metode garis lurus, metode saldo menurun, jumlah angka-angka tahun dan metode unit produksi. Salah satu metode yang paling umum digunakan adalah penyusutan menurut garis lurus dimana jumlah historis yang sama dikurangi setiap tahun.

Dalam analisis biaya, konsep biaya penyusutan penting diketahui terutama dalam upaya menyebar biaya investasi pada beberapa satuan waktu. Sebagaimana diketahui bahwa biaya yang timbul dari barang-barang investasi berlangsung untuk suatu kurun waktu yang lama (lebih dari satu tahun). Padahal lazimnya analisis biaya dilakukan untuk suatu kurun waktu tertentu, misalnya satu tahun anggaran. Apabila analisis biaya dilakukan dalam satuan waktu satu tahun anggaran, maka perlu dicari nilai biaya investasi satu tahun, sehingga biaya investasi itu dapat digabung dengan biaya operasional. Nilai biaya investasi satu tahun ini disebut "nilai tahunan biaya investasi" (*annualized investment cost=AIC*) dengan rumus sebagai berikut :

$$AIC = \frac{IIC (1 + I)^t}{L}$$

Keterangan : AIC = Annualized Investment Cost  
 IIC = Initialized Investment Cost  
 I = laju inflasi  
 t = masa pakai  
 L = masa hidup investasi yang bersangkutan

Besarnya nilai tahunan biaya investasi dipengaruhi oleh nilai uang (inflasi) serta waktu pakai dan masa hidup suatu barang investasi. Dengan menggunakan informasi laju inflasi, masa pakai dan masa hidup dapat dihitung "nilai sekarang" dari biaya investasi tersebut. Yang dimaksud dengan nilai sekarang adalah nilai setahun biaya investasi untuk tahun sekarang yaitu tahun dimana analisis biaya dilakukan.

Dalam praktek seringkali ditemui kesulitan dalam menghitung nilai biaya investasi tahunan karena kurangnya informasi tentang nilai awal barang, masa pakai dan umur pakai. Apalagi jika barang investasi tersebut sudah berumur puluhan tahun, maka terpaksa dilakukan prakiraan.

### 3. Analisis biaya.

Salah satu hasil akhir analisis biaya adalah perhitungan biaya satuan (Gani, 1996). Sebagai prinsip analisis biaya, misalnya pelayanan rongent diperlukan dukungan dari unit-unit penunjang, maka biaya-biaya yang dikeluarkan di unit penunjang tersebut perlu didistribusikan ke unit produksi. Dengan perkataan lain, analisis biaya memerlukan distribusi biaya *indirect* ke biaya *direct*. Ini dilakukan baik terhadap biaya operasional maupun biaya investasi. Prinsip ini digambarkan dalam matrix sebagai berikut :

	Indirect	Direct
invesment	A	B
operasional	C	D

Jadi salah satu kegiatan pokok dalam analisis biaya adalah melakukan distribusi (alokasi) biaya investasi dan operasional yang dikeluarkan pada unit penunjang (yaitu *biaya indirect*) ke unit produksi (dimana biaya *direct* dikeluarkan). Beberapa teknik untuk melakukan distribusi biaya tersebut telah dikembangkan untuk Rumah Sakit.

Teknik analisis biaya untuk Rumah Sakit dikembangkan secara khusus, oleh karena sebagai suatu unit produksi jasa pelayanan kesehatan RS mempunyai keunikan. Pertama, begitu banyak jenis *input* yang diperlukan, seperti berbagai jenis tenaga, obat, bahan, makanan dll. Kedua, RS terdiri dari beberapa unit dan antara unit-unit tersebut terjadi transfer jasa yang sangat kompleks. Ketiga, RS menghasilkan produk yang sangat banyak jenisnya.

Dalam konteks analisis biaya RS, biaya *indirect* adalah biaya yang dikeluarkan pada pusat biaya penunjang, seperti Direksi, dapur, *laundry* dll. Sedangkan biaya *direct* adalah biaya yang dikeluarkan di pusat biaya produksi, yaitu unit-unit RS yang langsung melayani pasien.

#### 4. Metode Analisis Biaya

Secara teoritis ada beberapa metode atau teknik analisis biaya yang dikembangkan (Gani, 1996 dan Raymond, 2001), yaitu :

##### a. *Simple distribution.*

Sesuai dengan namanya teknik ini sangat sederhana yaitu melakukan distribusi biaya-biaya yang dikeluarkan di pusat biaya penunjang langsung ke berbagai pusat biaya produksi. Distribusi ini dilakukan satu persatu dari masing-masing pusat biaya penunjang. Tujuan distribusi dari suatu unit

penunjang tertentu adalah unit-unit produksi yang relevan, yaitu yang secara fungsional diketahui mendapat dukungan dari unit penunjang tertentu tersebut.

Kelebihan cara ini adalah kesederhanaannya sehingga mudah dilakukan. Namun kelemahannya adalah asumsi bahwa dukungan fungsional hanya terjadi antara unit penunjang dengan unit produksi. Padahal dalam praktek kita ketahui bahwa antara sesama unit penunjang bisa juga terjadi transfer jasa, misalnya direksi yang mengawasi unit dapur, unit dapur yang memberi makan kepada direksi dan staf TU dsb.

*b. Step down method.*

Untuk mengatasi kelemahan Simple Distribution tersebut, dikembangkan metode distribusi anak tangga (*Step down method*). Dalam metode ini dilakukan distribusi biaya unit penunjang kepada unit penunjang lain dan unit produksi.

Caranya distribusi biaya dilakukan secara berturut-turut, dimulai dengan unit penunjang yang biayanya terbesar. Biaya unit penunjang tersebut didistribusikan ke unit-unit lain (penunjang dan produksi yang relevan). Setelah selesai dilanjutkan dengan distribusi biaya dari unit penunjang lain yang biayanya nomor dua terbesar. Proses ini terus dilakukan sampai semua biaya dari unit penunjang habis didistribusikan ke unit produksi. Dalam metode *Step down method* ini, biaya yang didistribusikan dari unit penunjang kedua, ketiga, keempat dan seterusnya mengandung dua elemen biaya yaitu biaya asli unit penunjang bersangkutan ditambah biaya yang diterima dari unit penunjang lain.

Kelebihan metode ini adalah sudah dilakukan distribusi dari unit penunjang ke unit penunjang lain. Namun distribusi ini sebetulnya belum sempurna, karena distribusi tersebut hanya terjadi satu arah. Seakan-akan fungsi tunjang-menunjang antara sesama unit penunjang hanya terjadi sepihak. Padahal dalam kenyataan bisa saja hubungan tersebut timbal balik. Misalnya, bagian umum melakukan pemeliharaan alat-alat dapur dan sebaliknya bagian dapur mensupply makanan kepada staf bagian umum.

*c. Double distribution method.*

Dalam metode ini, pada tahap pertama dilakukan distribusi biaya yang dikeluarkan di unit penunjang ke unit penunjang lain dan unit produksi. Hasilnya sebagian biaya unit penunjang sudah didistribusikan ke unit produksi, akan tetapi sebagian masih berada di unit penunjang. Artinya, ada biaya yang tertinggal di unit penunjang, yaitu biaya yang diterimanya dari unit penunjang lain.

Biaya yang masih berada di unit penunjang ini dalam tahap selanjutnya didistribusikan ke unit produksi, sehingga tidak ada lagi biaya yang tersisa di unit penunjang.

Karena dalam metode ini dilakukan dua kali distribusi biaya maka metode tersebut dinamakan metode distribusi ganda (*double distribution method*).

*d. Multiple distribution method.*

Dalam metode ini, distribusi biaya dilakukan secara lengkap, yaitu antar sesama unit penunjang, dari unit penunjang ke unit produksi, dan antara sesama unit produksi. Distribusi antara unit tersebut dilakukan kalau memang ada hubungan fungsional antara keduanya. Jadi dapat dikatakan bahwa *multiple*

*distribution* pada dasarnya adalah *double distribution plus* alokasi antara sesama unit produktif.

Contoh, antara unit neonatologi dengan kebidanan ada distribusi biaya, oleh karena bisa terjadi spesialis neonatologi harus membantu bagian kebidanan manakala menghadapi kelahiran dari ibu dengan *vitium cordis*. Demikian juga akan ada alokasi dari bagian jantung ke bagian kebidanan oleh karena untuk kelahiran semacam itu diperlukan jasa ahli jantung di bagian kebidanan.

Metode ini perhitungannya sulit dilakukan karena diperlukan catatan hubungan kerja antara unit-unit produksi yang sangat banyak. Dalam praktek teknik ini sangat jarang dilakukan.

e. Metode Analisis Biaya Berdasarkan Aktivitas.

Metode ini merupakan metode terbaik dari berbagai metode analisis biaya yang ada. Namun prasyarat metode ini yang tidak memungkinkan untuk dilakukan di institusi kesehatan karena belum adanya sistem akuntansi keuangan yang baik dan terkomputerisasi.

Menurut Johnson (1991) *Activity Based Cost system* (ABC system) merupakan suatu alternatif penentuan harga pokok produk atau jasa yang saat ini cukup dikenal dan sangat relevan. ABC Sistem, merupakan sistem informasi tentang pekerjaan (atau aktivitas) yang mengkonsumsi sumber daya dan menghasilkan nilai bagi konsumen. Ada dua anggapan penting yang mendasari sistem ABC menurut Cooper dan Robert S Kaplan (1991), yaitu : aktivitas menyebabkan timbulnya biaya dan produk (pelanggan) menyebabkan timbulnya permintaan atas aktivitas.



f. *Metode Real Cost.*

Metode ini sebenarnya mengacu pada konsep ABC dengan berbagai perubahan karena adanya kendala sistem, karena itu metode ini menggunakan asumsi yang sesedikit mungkin. Metode ini tidak hanya menghasilkan output hasil analisis tetapi juga akan menghasilkan identifikasi sistem akuntansi biaya yang perlu segera dibenahi. Disamping mengacu pada tujuan akuntansi biaya, hasil akhir metode ini juga berupa saran pengembangan sistem. Karena itu, secara umum hasil analisis metode *real cost* adalah penentuan harga produk atau jasa, pengendalian biaya, pengambilan keputusan khusus dan pengidentifikasian sistem akuntansi biaya.

Informasi *real cost* yang diperoleh dari hasil analisis biaya sangat bermanfaat dalam menyusun anggaran komprehensif suatu organisasi.

Kerangka konsep analisis biaya "*real* " menggunakan penggolongan biaya menurut sesuatu yang dibiayai yaitu biaya langsung dan biaya tidak langsung. Hal ini dilakukan karena karakteristik Rumah Sakit yang mempunyai banyak produk dan jasa, sehingga penggolongan biaya yang paling tepat digunakan adalah biaya menurut sesuatu yang dibiayai. Dengan menggunakan penggolongan biaya seperti itu produk dan jasa langsung bisa dikelompokkan kedalam beberapa unit atau instalasi (Raymond, 2001).

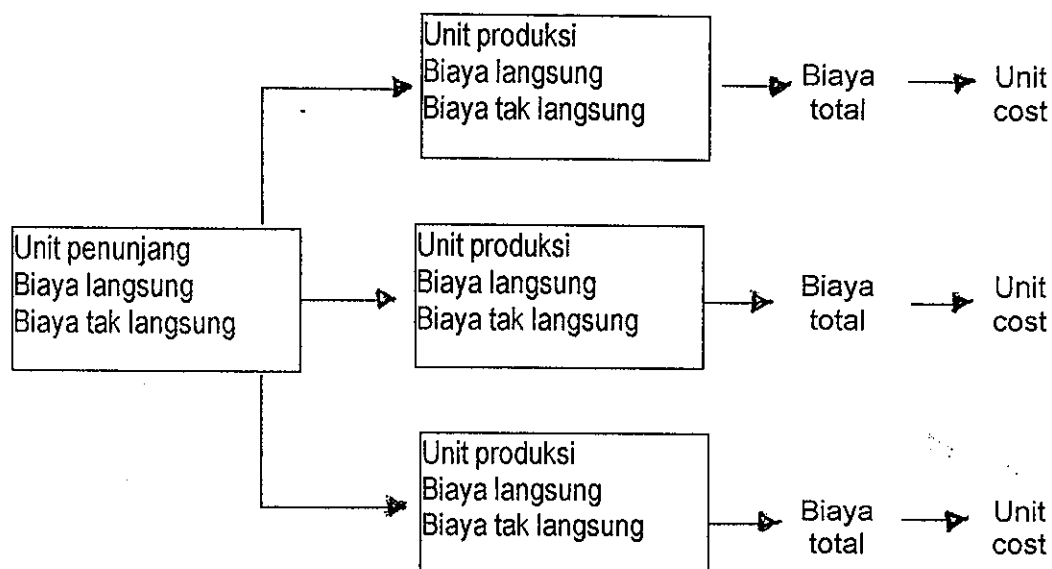
Langkah-langkah analisis biaya dengan metode *real cost* :

- 1) Identifikasi semua biaya yang mungkin timbul akibat adanya kegiatan di instalasi, berupa biaya langsung dan tidak langsung.
- 2) Analisis instalasi atau bagian lain yang memberi konsekuensi biaya sesuai variasi kegiatan di instalasi.

- 3) Identifikasi dan hitung semua biaya langsung yang terjadi.
- 4) Identifikasi biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk instalasi.
- 5) Hitung *unit cost* per pelayanan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung dan tidak langsung) ke setiap jasa pelayanan.
- 6) Dasar alokasi harus dibuat serasional mungkin berdasarkan informasi maksimal yang bisa kita peroleh di bagian tersebut.

Mekanisme Metode *Real Cost* secara umum dapat digambarkan sbb :

Gambar 1: Mekanisme Metode *Real Cost*



Sumber: Raymond, 2001.

Dari mekanisme tersebut dapat dijelaskan bahwa pelayanan yang akan dianalisis perlu diadakan identifikasi unit penunjang apa saja yang ada. Unit produksi yaitu unit yang jasa/produk sedangkan unit penunjang yaitu unit yang secara langsung tidak menghasilkan jasa/produk tetapi merupakan pelengkap untuk bisa terjadinya jasa/produk misalnya unit cucian, administrasi dsb. Kemudian pada masing-masing unit penunjang maupun unit produksi diadakan identifikasi biaya langsung maupun tidak langsung dan sekaligus dilakukan penghitungan biayanya. Setelah masing-masing unit teridentifikasi kemudian dilakukan distribusi biaya dari unit penunjang ke unit produksi.

Setelah dilakukan distribusi biaya, biaya langsung maupun tidak langsung yang ada di unit produksi dilakukan penjumlahan yang disebut biaya total selanjutnya dibagi dengan hasil produksi menjadi unit cost.

#### **B. Tarif Pelayanan Kesehatan.**

Pengertian tarif tidak sama dengan harga, sekalipun keduanya menunjuk pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen. Pengertian tarif lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan, sedangkan pengertian harga lebih terkait pada pengertian biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh barang.

Krisis moneter yang melanda Indonesia pada saat ini jelas mempunyai dampak luas di berbagai sisi kehidupan, termasuk juga pada pelayanan kesehatan misalnya BKMM. Hal ini mengakibatkan pembiayaan kesehatan menjadi meningkat karena mahalnya harga obat-obatan dan alat-alat kesehatan yang diperlukan di

BKMM. Sementara disisi lain krisis moneter juga menyebabkan turunnya daya beli sebagian masyarakat.

Pemberlakuan tarif bagi pasien institusi pelayanan kesehatan berarti masyarakat juga ikut menanggung biaya produksi pelayanan kesehatan, namun sebetulnya pendapatan dari diberlakukannya tarif pelayanan kesehatan tersebut juga untuk digunakan atau dikembalikan kepada masyarakat berupa :

1. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
2. Pengembangan dan perluasan pelayanan kesehatan.
3. Terjadinya kesinambungan pelayanan kesehatan.

Kebijakan penetapan tarif pelayanan kesehatan hendaknya realistis dan mempertimbangkan keterbatasan sumber daya. Keterbatasan sumber daya memerlukan dua kebijakan ( Gani, 1993 ) sebagai berikut :

1. Alternatif terbaik untuk memobilisir sumber daya tambahan.
2. Berbagai alternatif dalam mengalokasikan sumber daya.

Penentuan tarif pelayanan kesehatan sangatlah kompleks. Hal ini disebabkan banyaknya variabel atau faktor yang perlu dipertimbangkan. Menurut Gani (1993) ada delapan faktor yang perlu dipertimbangkan dalam penentuan tarif sebagai berikut :

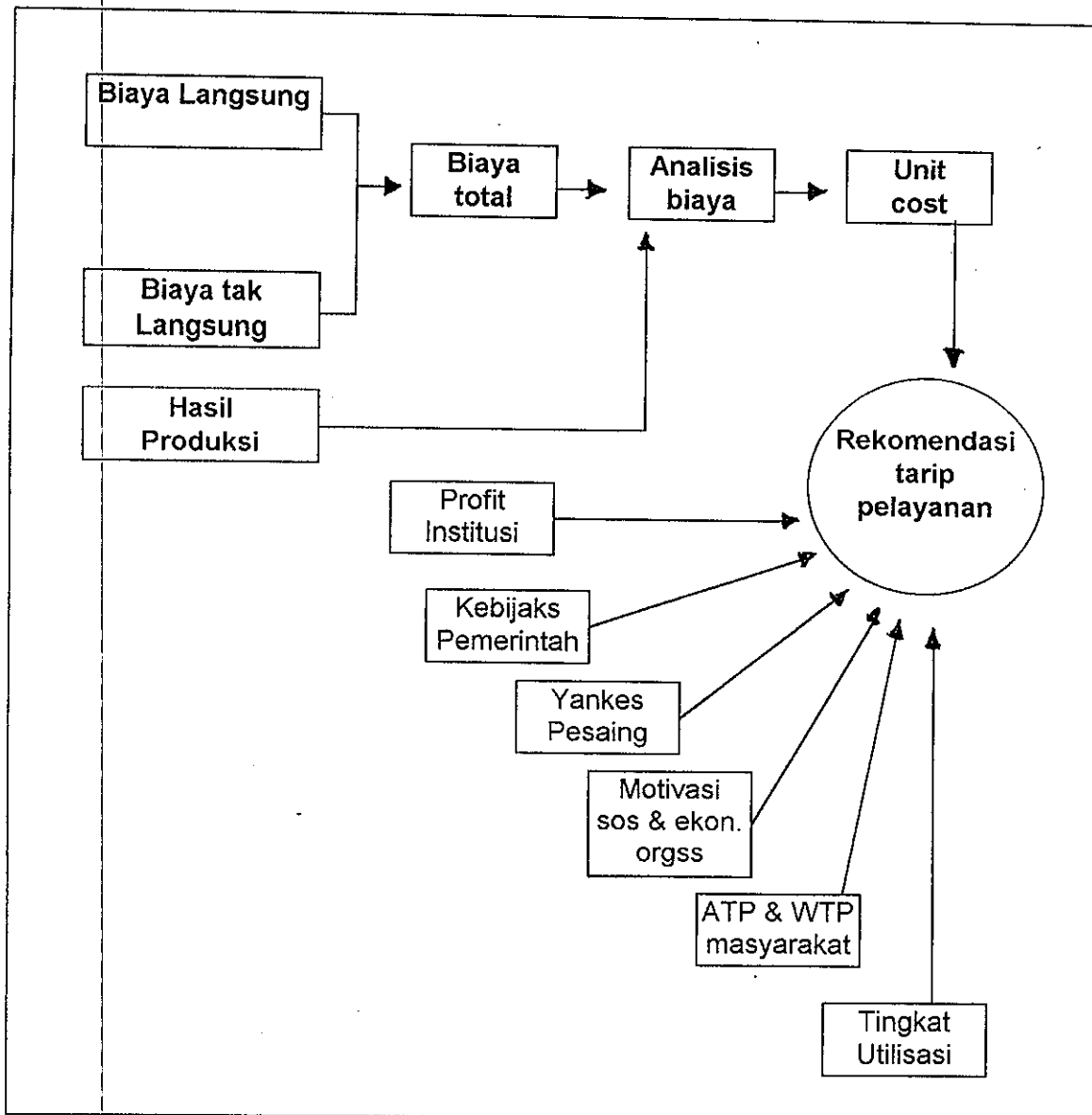
1. Jenis produk pelayanan kesehatan yang diberikan. Produk pelayanan kesehatan yang diberikandemi oleh institusi pelayanan kesehatan sangat bervariasi jenisnya. Masalah pokok adalah berbedanya biaya satuan untuk masing-masing jenis pelayanan.
2. Motivasi sosial dan motivasi ekonomi. Dalam hal ini diharapkan pelayanan kesehatan yang diberikan tetap memberikan fungsi sosial tetapi mendapatkan

biaya produksi sehingga tidak merugi. Salah satu strategi yang dipakai dengan melakukan subsidi silang yaitu memperoleh "*profit*" dari pelayanan kelas VIP dan Kelas I serta memberikan subsidi kepada pasien Kelas III.

3. Biaya satuan (*unit cost*) masing-masing jenis pelayanan.
4. Tingkat utilisasi. Misalnya untuk rawat inap, apabila BOR memang rendah, kenaikan tarif akan memperburuk tingkat penggunaan tempat tidur di Rumah Sakit bersangkutan. Sebaliknya kenaikan tarif pada BOR yang tinggi tidak berpengaruh pada utilisasi, sejauh kenaikan tersebut masih dalam batas "kemauan dan kemampuan" pasien.
5. ATP (*Ability To Pay*) dan WTP (*Willingness To Pay*) serta ada tidaknya "*consumer surplus*". Kalau tarif yang berlaku dibawah ATP dan WTP berarti adanya "*consumer surplus*", sehingga kenaikan tarif masih bisa diterima masyarakat.
6. Kebijakan dan kemampuan memberikan subsidi. Kalau subsidi terbatas, pemerintah bisa memberlakukan tarif tinggi untuk pelayanan Kelas VIP, Kelas I dan membatasi pemberian subsidi untuk pelayanan Kelas III.
7. Besarnya surplus penerimaan yang direncanakan (*profit*).
8. Tarif dan mutu pelayanan pesaing. Kenaikan tarif pada suatu fasilitas bisa menyebabkan pindahnya pasien ke fasilitas lain, kalau mutunya sama.

### C. Kerangka teori penelitian:

Gambar 2 : Kerangka teori penelitian



Sumber: Gani (1993) dan Raymond (2001).

### BAB III

#### METODE PENELITIAN

##### A. Jenis dan rancangan penelitian.

Penelitian ini merupakan penelitian terapan sebagai penelitian verifikatif yaitu penelitian yang bertujuan menguji suatu cara dengan atau tanpa perbaikan yang telah pernah dilaksanakan ditempat lain. Proses penelitian terapan ini akan menghasilkan rumusan kesimpulan dan saran tindakan untuk dipergunakan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi ( Nawawi,1996).

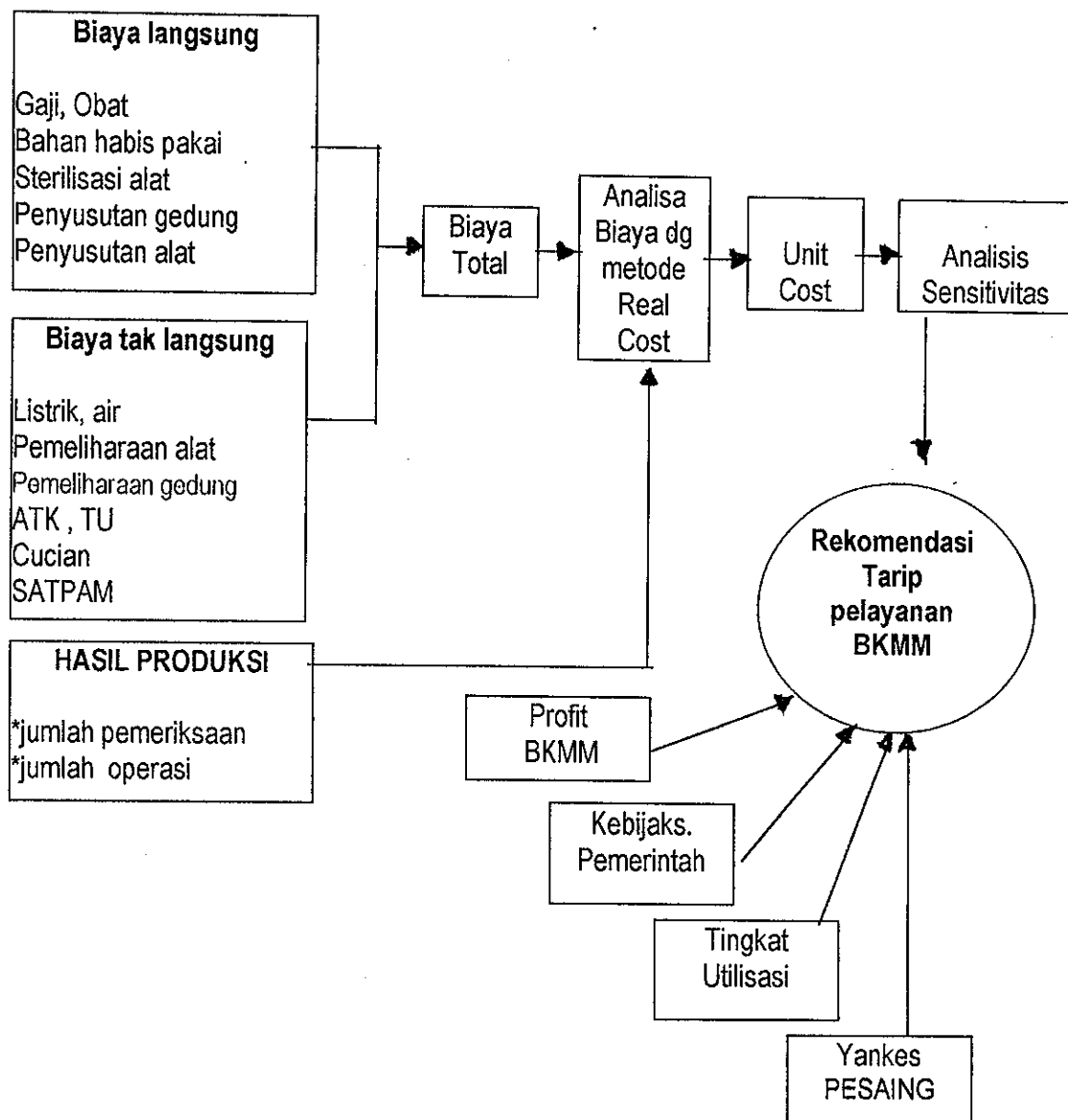
Penelitian ini merupakan studi kasus di BKMM, bersifat deskriptif, kuantitatif dan didukung data kualitatif dengan wawancara mendalam.

Unit Analysis penelitian dapat digambarkan dalam matrik sebagai berikut :

Unit Analysis	Sumber Data	Metode	Sampel
1. Biaya Langsung	Ka BKMM Ka TU Pen. Jwb unit Bendahara gaji	Pengisian formulir Data sekunder	Semua unit BKMM
2. Biaya tak langsung	Ka TU Pelaksana TU Bendahara Barang	Pengisian Formulir Data Sekunder	Semua Unit BKMM
3. Fator-faktor yang mempengaruhi penetapan tarip	Ka BKMM Ka TU Ka Dinkes Bag Keu Pemda	Wawancara mendalam	4 orang

Selanjutnya Kerangka Konsep digambarkan pada halaman berikut:

Gambar 3: KERANGKA KONSEP

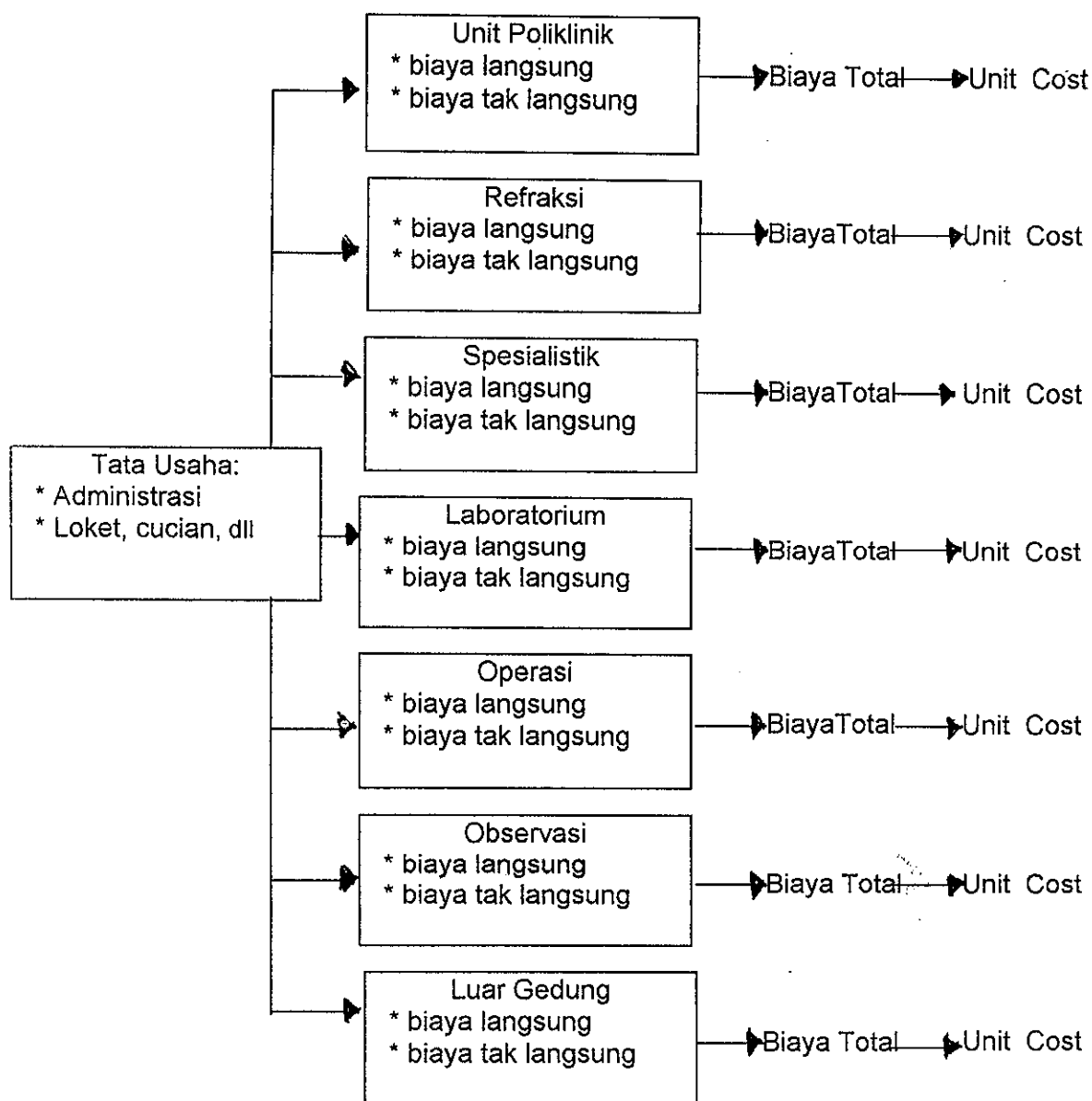




## B. Alur penelitian.

Alur penelitian dapat digambarkan sebagai berikut :

**Gambar 4 : Alur Penelitian Analisis Biaya dg Metode Real Cost pada Pelayanan di BKMM**



### C. Instrumen penelitian.

Dalam pelaksanaan penelitian ini menggunakan instrumen pengumpulan data sebagai berikut :

1. Formulir Isian, digunakan untuk mengumpulkan data-data ketenagaan, sarana/prasarana, peralatan medis, peralatan non medis, obat-obatan, tugas pokok dan fungsi, volume dan jenis kegiatan serta jumlah biaya yang dipergunakan dengan menggunakan formulir isian terlampir.
2. Untuk penelitian kualitatif dalam rangka memperoleh faktor-faktor yang perlu diperhatikan untuk penentuan tarif telah disiapkan pedoman wawancara mendalam dengan sasaran wawancara Kepala BKMM, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah dan Bagian Keuangan Pemerintah Daerah Propinsi Jawa Tengah. Sedangkan untuk mengetahui gambaran umum, Struktur Organisasi, Visi, Misi dan kegiatan serta sarana prasarana BKMM dilakukan wawancara mendalam dengan Ka Sub Bagian Tata Usaha BKMM.
3. Observasi, melakukan pengamatan langsung baik dilingkungan internal maupun diluar gedung yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi BKMM yaitu untuk klarifikasi data dan meyakinkan peneliti bahwa kegiatan-kegiatan yang tercatat biayanya, ada kegiatannya (secara sampel).
4. Studi dokumen/data sekunder, yaitu untuk memeriksa dokumen-dokumen yang ada kaitannya dengan analisis biaya misal sertifikat tanah, kontrak pembelian alat medis, Buku Pemilik Kendaraan Bermotor (BPKB) dsb.

### D. Definisi operasional.

Variabel penelitian yang digunakan adalah variabel mandiri karena tidak menghubungkan antar variabel dan membandingkannya. Oleh karena metode yang

digunakan *real cost* maka menggunakan konsep biaya langsung dan tidak langsung dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Biaya langsung, adalah biaya yang terjadi karena adanya sesuatu yang dibiayai, terdiri dari biaya tetap dan biaya variabel.

Biaya langsung yang terjadi untuk pelayanan tiap-tiap pasien di BKMM, antara lain :

Biaya langsung di Unit Poliklinik, Operasi dan Observasi meliputi gaji pegawai, biaya bahan habis pakai, biaya obat, biaya penyusutan gedung dan peralatan serta biaya sterilisasi alat.

Biaya langsung pada unit spesialisik meliputi gaji pegawai, biaya obat, biaya penyusutan gedung dan peralatan dan sterilisasi alat.

Biaya langsung pada unit laboratorium meliputi biaya bahan habis pakai, biaya penyusutan gedung dan peralatan serta sterilisasi alat.

Biaya langsung pada unit refraksi meliputi gaji, penyusutan gedung dan alat serta sterilisasi alat.

Untuk kegiatan dilapangan biaya langsung meliputi gaji, bahan habis pakai, obat, penyusutan peralatan, penyusutan kendaraan dan biaya perjalanan Tim (tujuh orang petugas) berupa lumpsum dan transport ke lokasi selama dua hari.

2. Biaya tidak langsung, adalah biaya yang secara riil tidak terjadi dalam suatu unit pelayanan, namun dampak biaya tersebut mempengaruhi kinerja unit tersebut.

Biaya tidak langsung yang terjadi untuk pelayanan tiap-tiap pasien di BKMM, antara lain honor Satpam, biaya ATK dan laporan, biaya pemeliharaan gedung, peralatan medis dan non medis, cuci serta biaya listrik, air dan telpon.

Untuk kegiatan luar gedung ditambah biaya pemeliharaan kendaraan namun untuk listrik, air dan pemeliharaan gedung tidak termasuk.

Dasar alokasi pembebanan biaya pada masing-masing unit disesuaikan dengan kondisi di unit pelayanan, misalnya untuk pemeliharaan gedung disesuaikan dengan luas gedung, pemakaian listrik disesuaikan dengan prosentase pemakaian peralatan yang menggunakan daya listrik. Kemudian masing-masing diberikan bobot sesuai kesepakatan petugas yang menangani di BKMM berdasarkan kondisi yang nyata.

#### **E. Cara penelitian.**

Penelitian dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut :

##### **1. Tahap persiapan**

- a. Membuat surat ijin penelitian, melaksanakan pendekatan dan koordinasi dengan BKMM yang akan diteliti serta koordinasi dengan Dinas Kesehatan dan Pemerintah Daerah Propinsi serta pesaing.
- b. Menyiapkan formulir isian dan pedoman wawancara mendalam.

##### **2. Tahap pelaksanaan**

- a. Pengumpulan data melalui observasi, wawancara, formulir isian dan dokumen. Wawancara dan observasi dilakukan oleh peneliti sedangkan untuk pengisian formulir dibantu oleh 10 orang petugas BKMM.
- b. Data gaji dengan menjumlahkan penerimaan gaji pegawai bulan April s/d Desember 2000.
- c. Biaya investasi dengan mempergunakan form isian 7 yang meliputi jenis barang, tanggal/tahun pembelian, jumlah, harga barang, lama pakai dan

masa hidup barang. Pengumpulan data dilakukan per unit mulai unit loket, poliklinik laborat dst.

- d. Untuk mengetahui biaya, daya dan jasa dengan jalan mengumpulkan rekening listrik, air dan telpon mulai bulan April s/d Desember 2001.
  - e. Biaya bahan habis pakai dikumpulkan per unit dengan menggunakan formulir 3, sedangkan untuk obat mempergunakan formulir 5.
  - f. Data yang telah terkumpul dilakukan editing dan kemudian dilakukan penghitungan dan pengolahan data.
3. Penulisan laporan penelitian

Merupakan tahap akhir dari penelitian untuk menarik kesimpulan penelitian dan menyajikan hasil penelitian.

#### **F. Pengolahan Data.**

Teknik pengolahan data dilakukan melalui beberapa tahap yaitu :

##### **1. Pengumpulan Data.**

Data primer yang diambil dilakukan dengan observasi dan wawancara mendalam serta mengumpulkan data sekunder.

##### **2. Editing.**

Editing dilakukan untuk mengkoreksi data guna mempermudah analisis.

##### **3. Pengolahan Data.**

Data yang sudah diedit dikelompokkan menurut komponen biaya seperti komponen gaji, komponen investasi, komponen bahan habis pakai, komponen operasional dan pemeliharaan serta komponen obat.

Data diolah dengan mempergunakan program *Exel*.

#### 4. Analisis Data.

Data yang sudah diolah kemudian dianalisis untuk dideskripsikan berdasarkan komponen biaya. Analisis yang digunakan adalah metode *real cost* untuk menghasilkan biaya satuan per unit pelayanan BKMM termaksud.

#### 5. Penyajian Data.

Data yang sudah dianalisis disajikan dalam bentuk tabel agar mudah dibaca.

Data juga disajikan dalam bentuk tekstual untuk mempertegas penyajian.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A Gambaran Umum BKMM**

Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Semarang terletak di pusat kota Semarang yaitu di Jl. KH Achmad Dahlan No. 39 Semarang, merupakan suatu tempat yang strategis di kawasan Simpang Lima Semarang. Bersebelahan dengan BP4 Semarang dan berhadapan langsung dengan RS Telogorejo Semarang. Jarak BKMM dengan RS Kariadi sebagai RS rujukan Propinsi yang juga menyediakan pelayanan pengobatan mata lebih kurang 4 km.

Wilayah kerja BKMM telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan yaitu meliputi 1 (satu) atau sebagian dari wilayah Propinsi. Sesuai dengan lokasi BKMM maka penduduk yang banyak memanfaatkan fasilitas tersebut selain Kota Semarang juga Kabupaten disekitar Kota Semarang misalnya Kabupaten Demak, Kendal, Grobogan, Salatiga dsb.

BKMM Semarang ditetapkan menjadi Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan RI sejak tanggal 2 Juni 1993 dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 434/MENKES/SK/VI/1993. Dengan adanya Surat Keputusan tersebut maka BKMM merupakan salah satu dari tujuh BKMM yang ada di Indonesia serta satu-satunya yang ada di Jawa Tengah.

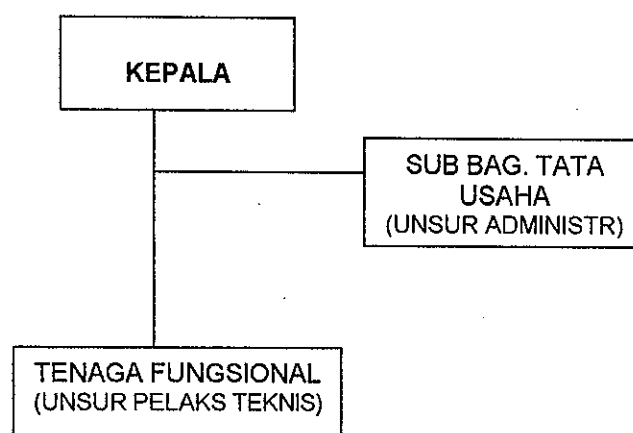
Sejalan dengan diberlakukannya otonomi daerah maka sejak 1 Januari 2001 BKMM Semarang diserahkan pengelolaanya kepada Pemerintah Propinsi Jawa Tengah yang otomatis menjadi Unit Pelaksana Teknis ( UPT ) Propinsi.

Tujuan didirikannya BKMM adalah sebagai penghubung pelayanan dibidang kesehatan mata antara Puskesmas dengan Rumah Sakit dimana berdasarkan hasil Survey Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran yang

dilaksanakan pada tahun 1993-1996 menunjukkan adanya peningkatan prevalensi kebutaan 1,5 % penduduk Indonesia. Pola kebutaan yang diakibatkan katarak masih merupakan angka yang tinggi, sehingga untuk itu perlu ada upaya khusus penanganan. Dengan adanya BKMM diharapkan dapat tercipta kesehatan mata masyarakat secara optimal dimana angka kesakitan mata, gangguan fungsi penglihatan dan kebutaan tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat.

Susunan organisasi BKMM terdiri dari Unsur Pimpinan ( Kepala BKMM ), Unsur Pembantu Pimpinan ( Kepala Sub Bagian ), Unsur Pelaksana Teknis dan Unsur Administrasi.

Gambar 5: Struktur Organisasi BKMM



Sumber : Laporan Tahunan BKMM Semarang, 2000.

Pembagian tugas dan tanggung dari masing-masing unsur telah ditetapkan dengan Surat Keputusan Kepala BKMM Jawa Tengah No. 01.1.4 tanggal 1 April 1998 tentang Uraian tugas, prosedur kerja administrasi dan protap teknis medis BKMM Jawa Tengah dengan rincian sebagai berikut :

Kepala BKMM selaku unsur pimpinan mempunyai tugas menyusun kebijaksanaan, menyusun Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja BKMM Jawa Tengah, menyusun kebutuhan tenaga BKMM Jawa Tengah dan pengawasan serta pengendalian.



Ka Sub Bagian TU dan administrasi selaku unsur pembantu pimpinan mempunyai tugas melaksanakan ketata usahaan, memimpin dan mengkoordinasi kegiatan ketata usahaan, mengawasi dan mengendalikan Kepala Urusan dan melaksanakan perencanaan.

Tenaga Fungsional selaku unsur Pelaksana Tehnis mempunyai tugas melaksanakan kegiatan tehnis sesuai prosedur tetap tehnis medis yang telah disusun dan ditetapkan dengan SK tersebut diatas.

#### 1. Fasilitas dan sarana BKMM

Sejak tanggal 12 November 1999 BKMM Jawa Tengah menempati gedung baru di Jl. KH Achmad Dahlan No. 39 Semarang dengan fasilitas gedung yang dimiliki merupakan bangunan 2 lantai yang terdiri dari ruang tunggu, ruang laboratorium, ruang periksa spesialistik, ruang observasi, ruang operasi besar, ruang obat, ruang periksa kelainan refraksi, ruang administrasi, ruang kepala BKMM, Kamar mandi/WC dan dapur/gudang.

Gambaran luas masing-masing ruangan seperti tabel berikut :

**Tabel 3 : Jenis dan luas ruangan BKMM**  
Jl. KH Dahlan No. 39 Semarang.

No.	Nama Ruang	Luas
1.	Ruang Tunggu	30 m2
2.	Ruang Laboratorium	9 m2
3.	Ruang Spesialistik	6 m2
4.	Ruang Observasi	32 m2
5.	Ruang Operasi Besar	16 m2
6.	Ruang Obat	9 m2
7.	Ruang periksa refraksi	6 m2
8.	Ruang Administrasi	27 m2
9.	Ruang Kepala BKMM	12 m2
10.	Kamar mandi/WC	9 m2
11.	Ruang Loker	4,5 m2
12.	Ruang Optik	6 m2
13.	Dapur dan Gudang	18 m2

Sumber : TU BKMM Semarang, 2000

Adapun tenaga yang ada sebanyak 28 orang terdiri dari dokter spesialis mata, dokter umum, perawat, asisten apotheker, analis kesehatan, refraksionis optisien, Binawan Kesehatan Masyarakat, tenaga administrasi dan pengemudi.

Gambaran jenis dan jumlah tenaga seperti tabel berikut :

**Tabel 4 : Jenis dan jumlah tenaga di BKMM Semarang  
Tahun 2000**

No.	Jenis Tenaga	Jumlah
1.	Dokter Spesialis Mata	1 orang
2.	Dokter Umum	1 orang
3.	Perawat	8 orang
4.	Asisten Apotheker	2 orang
5.	Analis Kesehatan	1 orang
6.	Refraksionis Optisien	2 orang
7.	Binawan Kesehatan Masyarakat	1 orang
8.	Tenaga Administrasi	11 orang
9.	Pengemudi	1 orang
	<b>J u m l a h</b>	<b>28 orang</b>

Sumber : TU BKMM Semarang, 2000

Selain gedung dan tenaga, sarana prasarana lain yang ada terdiri dari :

a. Peralatan medis meliputi :

- 1) Alat pemeriksaan mata dasar (*Optotipe, Senter focus, Loupe, Tonometer, Buku Ishihara, Lensa uji coba*).
- 2) Alat pemeriksaan mata spesialistik (*Ophthalmoscope, Slit Lamp, Biometri Ocuscan, Coagular Bipolar, Keratometer*).
- 3) Alat operasi (Alat-alat Katarak, *Operating Microscope*, Pinset, Gunting, Klem, *Speculum, Cauter Listrik*).
- 4) Alat penunjang diagnostik (*Tensimeter, Tromol, Autoclave*, Alat bengkel Kacamata).
- 5) Obat-obatan, benang dan reagen.

b. Peralatan non medis

- 1) Mebeulair : meja, kursi, lemari, tempat tidur.

- 2) Kendaraan : 2 unit mobil dan 2 unit sepeda motor.
- 3) AVA : *Tape Karaoke, Overhead Projektor, Slide Projektor.*
- 4) Alat-alat elektronik : Kipas Angin, Komputer, Alat stensil, Mesin cuci.

## 2. Visi, Misi dan Kebijakan BKMM

Untuk mencapai tujuan organisasi Balai Kesehatan Mata Masyarakat utamanya dalam memberikan upaya pelayanan kesehatan kepada masyarakat ditetapkan visi, misi dan kebijakan BKMM.

- a. Visi : menjadi "*Centre of Excellent*" upaya kesehatan mata masyarakat.
- b. Misi : mewujudkan " sehat mata bagi semua" melalui Upaya Kesehatan Mata/Pencegahan Kebutaan (UKM/PK) yang dilaksanakan secara ter-integrasi dalam upaya-upaya kesehatan masyarakat maupun lintas sektor dengan dukungan peran serta aktif masyarakat/LSM.

### c. Kebijakan

Untuk mencapai visi dan misi BKMM tersebut maka pendekatan yang diterapkan dalam penyelenggaraan BKMM adalah pendekatan Primary Health Care di bidang kesehatan mata.

### d. Rencana Strategik BKMM

1. Interaksi BKMM dengan sasaran.
2. Membangun dan memantapkan citra institusi BKMM.
3. Membangun dan memantapkan citra dalam wilayah/koordinasi lintas sektor.
4. Partisipasi masyarakat melalui KIE.
5. Kemudahan dijangkau sasaran.

### 3. Sumber Dana BKMM

Sumber dana yang ada di BKMM selama ini berasal dari APBN ( Dana Rutin dan Proyek PPKM I ) serta kerja sama dengan pihak ketiga apabila diperlukan ( Lions Club ).

Sumber dana dari APBN (rutin) dipergunakan untuk biaya gaji pegawai, biaya operasional dan pemeliharaan gedung ,alat serta kendaraan, sedangkan biaya Proyek PPKM I dipergunakan untuk pelaksanaan kegiatan diluar gedung antara lain untuk biaya lumpsom dan transport dokter spesialis mata, paramedis serta pengemudi dalam rangka pelayanan rujukan, pelayanan spesialis mata untuk operasi katarak di Puskesmas.

Untuk kegiatan BKMM tahun 2000 sesuai perubahan tahun anggaran yang baru dimana hanya berlangsung 9 bulan ( April s/d Desember 2000) dana yang tersedia sebagai berikut :

**Tabel 5: Sumber biaya, jenis dan jumlah biaya untuk kegiatan BKMM Tahun 2000 (April s/d Desember).**

No.	Sumber Biaya	Jenis Biaya	Jumlah Biaya
1.	APBN (Rutin)	Belanja Pegawai	Rp.232.267.000,-
		Belanja Barang/Lain-lain	Rp.130.269.000,-
		Belanja Pemeliharaan	Rp. 17.440.000,-
		Belanja Perjalanan	Rp. 8.506.000,-
		Jumlah	Rp.388.482.000,-
2.	APBN (PPKM I)	Pembinaan Pelayanan Rujukan Dokter Spesialis Mata ke Pusk.	Rp. 3.600.000,-
		Pelayanan Spesialis Mata untuk Operasi Katarak di Puskesmas	Rp. 32.280.000,-
		Pelayanan dan Pembinaan Kelompok refraksi pada anak sekolah	Rp. 1.400.000,-
		Promosi Kesehatan Mata di Kab.	Rp. 3.500.000,-
		Jumlah	Rp. 40.780.000,-
		Jumlah Biaya Seluruhnya	Rp.429.262.000,-

Sumber : Bag Keu TU BKMM Semarang, 2000.

## B Gambaran Umum Kegiatan BKMM

### 1. Kegiatan Pelayanan di BKMM

BKMM adalah unit pelayanan teknis yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan mata secara menyeluruh ( promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) dan terpadu, menggunakan teknologi tepat guna, didukung peran serta aktif masyarakat, kerjasama lintas program dan lintas sektoral.

BKMM juga merupakan tempat pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan upaya kesehatan mata yang berorientasi pada kesehatan mata masyarakat terutama bagi yang berpenghasilan rendah.

BKMM mempunyai fungsi :

- a. Melakukan peningkatan kesehatan mata masyarakat.
- b. Melakukan pencegahan terhadap timbulnya penyakit mata dan kebutaan melalui penyuluhan, peran serta masyarakat dan pelayanan kesehatan mata keliling.
- c. Melakukan pengobatan mata spesialistik secara masal.
- d. Melakukan pemulihan fungsi mata melalui koreksi optik dan rehabilitasi.
- e. Melakukan kegiatan penunjang kesehatan mata yaitu laboratorium kesehatan mata.
- f. Melakukan kegiatan pengamatan terhadap masalah kesehatan mata, gangguan fungsi penglihatan dan kebutaan.
- g. Melakukan upaya rujukan kesehatan mata.
- h. Sebagai tempat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan di bidang kesehatan mata masyarakat.
- i. Sebagai tempat penelitian dan pengembangan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan mata.
- j. Melakukan urusan tata usaha, penyusunan program dan laporan.

Berdasarkan fungsi tersebut diatas maka kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh BKMM bisa dibedakan menjadi kegiatan didalam gedung dan diluar gedung.

Kegiatan dalam gedung memberikan pelayanan kesehatan mata pada individu dan keluarga meliputi :

- a. Pelayanan Unit Poliklinik
- b. Pelayanan Unit Spesialistik
- c. Pelayanan Unit Kamar Obat
- d. Pelayanan Unit Laboratorium
- e. Pelayanan Unit Refraksi
- f. Pelayanan Unit Observasi
- g. Pelayanan Unit Operasi
- h. Pelayanan Unit KIE

Untuk kegiatan diluar gedung terdiri dari :

- a. Penanggulangan Kebutaan Katarak Paripurna/PKKP berupa operasi katarak di Puskesmas yang mempunyai rawat inap berupa operasi katarak gratis termasuk seleksi penderita katarak, penyediaan obat-obatan dan pelayananacamata.
- b. UKMPK/PKKP berupa koordinasi lintas sektor oleh instansi terkait baik di Propinsi maupun Kabupaten/Kota dalam rangka peningkatan Sumber Daya Manusia khususnya bagi tenaga medis dan paramedis tentang penanggulangan kebutaan karena katarak.
- c. Promosi Kesehatan Mata di Kabupaten/Kota/Puskesmas.  
Yaitu pelayanan kesehatan mata oleh BKMM yang dilaksanakan di Puskesmas berupa pengobatan mata gratis, pemeriksaan tajam penglihatan

dan penyuluhan bagi pengunjung Puskesmas dan murid-murid sekolah dasar.

- d. Pelatihan tenaga medis/paramedis di bidang UKMPK/PKKP.

Kegiatan penunjang yang juga dilaksanakan BKMM meliputi :

- a. Pendidikan dan pelatihan kesehatan mata masyarakat, baik dari kesehatan maupun non kesehatan misalnya, Residen Spesialis Mata, Mahasiswa Fakultas Kedokteran, Akademi Perawatan, Akademi Refraksi Optisien, Siswa SPK, Petugas Kesehatan, LSM dan kader.
- b. Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Mata dan Pencegahan Kebutaan, baik oleh BKMM sendiri, Institusi Pendidikan, pihak lain yang berkepentingan dengan kesehatan mata masyarakat.
- c. Pembinaan Peran Serta Masyarakat.

## 2. Alur pelayanan pasien di BKMM

Pelaksanaan pelayanan kesehatan mata yang dilakukan di BKMM Semarang, merupakan rangkaian kegiatan dimulai dari unit penunjang sampai unit produksi.

Pasien datang pertama kali ke loket (sub unit pendaftaran, pencatatan dan pelaporan) untuk dilakukan pendaftaran dan pencatatan identitas serta membayar karcis sesuai tarif (Rp 500,-). Oleh sub unit pendaftaran, pencatatan dan pelaporan pasien dibuatkan kartu status kemudian pasien menunggu panggilan di poliklinik sementara kartu status diantarkan petugas ke poliklinik.

Pelayanan di poliklinik berupa anamnesa, pemeriksaan tajam penglihatan dan pemeriksaan fisik mata. Apabila diperlukan tindakan koreksi kacamata pasien segera diperiksa oleh unit kelainan refraksi. Sedangkan apabila diperlukan tindakan operasi kecil, pasien segera diantar ke kamar operasi kecil.

Bagi pasien yang memerlukan pemeriksaan lebih lanjut dilakukan pemeriksaan mata penunjang/spesialistik misalnya *tonometri, keratometri, funduscopy, slitlamp dan biometri*.

Pada kasus-kasus tertentu diperlukan pemeriksaan di unit laboratorium berupa pemeriksaan HB dan urine reduksi. Setelah selesai pasien kembali ke poliklinik untuk ditentukan diagnosa dan terapinya serta rencana tindakan selanjutnya. Apabila ditemukan kesulitan untuk diagnosa dan terapi maka akan dilakukan konsultasi dengan konsultan yang ditunjuk.

Pasien yang akan dilakukan operasi sedang/besar misalnya katarak, glukoma dan pteregium sebelumnya dibawa ke unit observasi.

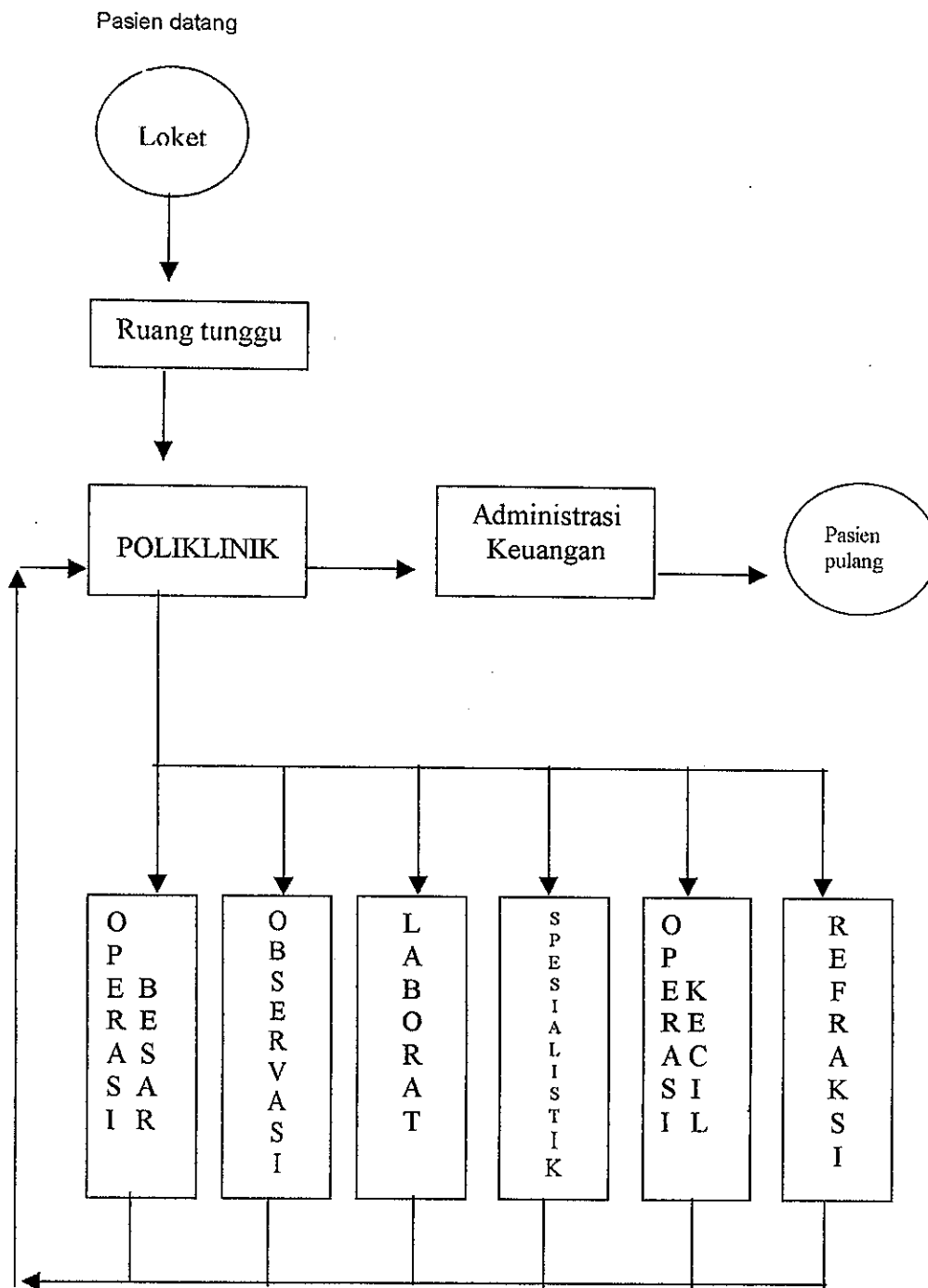
Pasien yang telah selesai dilayani kemudian ke bagian administrasi keuangan untuk melakukan pembayaran sesuai jenis tindakan yang diberikan.

Setelah pelayanan selesai kemudian semua kartu status dikumpulkan untuk direkap dan dicatat kedalam buku register oleh petugas pencatatan.

Skema alur pelayanan pasien (gambar 6) pada halaman berikut :



Gambar 6: Skema alur pelayanan pasien di BKMM Semarang



Sumber : Protap Rawat Jalan BKMM Semarang, 2000.

### C Gambaran Hasil Pelayanan di BKMM

#### 1. Jumlah pasien

Gambaran jumlah pasien per jenis pemeriksaan di BKMM Semarang dari bulan April s/d Desember 2000 sebagai tabel dibawah.

**Tabel 6: Jumlah pasien per jenis pemeriksaan di BKMM Semarang Tahun 2000 (Apr s/d Des)**

No.	Unit Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Jml Pemeriksaan
1.	Poliklinik	Pemeriksaan Umum	4449
		Visus	4449
		Pengukuran Tensi	3304
		Bebat	510
2.	Spesialistik	Tonometri	637
		Spulling	206
		Keratometri	63
		Biometri	63
		Slitlamp	70
		Funduscopy	100
		Tindakan Epilasi	22
		Tindakan Extervasi Corpus	24
		Tindakan Insisi	3
		Fluoresin test	35
3.	Observasi	Mengukur tekanan darah	188
4.	Operasi	Katarak	183
		Glukoma	5
		Pteregium	27
5.	Laboratorium	Haemoglobin	226
		Urine test	226
6.	Refraksi	Refraksi	956
7.	Luar Gedung/PKKP	Kelainan refraksi	325
		Katarak mature 1 mata	248
		Katarak mature 2 mata	18
		Operasi Katarak	540

Sumber : Data primer terolah BKMM Semarang, 2000

Promosi kesehatan mata dalam bentuk penyuluhan kesehatan mata selama tahun 2000 telah dilakukan di Puskesmas Ampel (Kab. Boyolali) dan Puskesmas Surodadi (Kab. Tegal), sedangkan untuk Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) telah dilaksanakan di Puskesmas Jekulo (Kab. Kudus), Puskesmas Mijen (Kota Semarang), Puskesmas Surodadi (Kab. Tegal), Puskesmas Ampel (Kab. Boyolali) dan Puskesmas Salaman (Kab. Magelang).

## 2. Urutan 10 besar penyakit

Gambaran 10 besar penyakit berdasarkan kunjungan pasien yang berobat ke BKMM Semarang pada tahun 2000 persentase tertinggi pada katarak (34,6 %) dan terendah Sikatrik Cornea (0,34 %). Penyakit lain-lain merupakan persentase yang tinggi karena merupakan gabungan dari beberapa penyakit yang persentasenya sangat kecil diluar 10 besar penyakit dan tidak berhubungan dengan penyakit mata misalnya hipertensi, hypotensi, pusing dll.

Persentase 10 besar penyakit secara terinci seperti tabel berikut :

**Tabel 7: Persentase 10 besar penyakit di BKMM  
Tahun 2000 (Apr s/d Des)**

No.	Nama Penyakit	%
1.	Katarak	34,6 %
2.	Kelainan Refraksi	21,7 %
3.	Conjunctivitis	12,5 %
4.	Pteregium	2,86 %
5.	Glaukoma	2,69 %
6.	Keratitis	2,38 %
7.	Hordeolum/Khalazion	1,53 %
8.	Asthenopia	1,4 %
9.	Sikatrik Cornea	0,34 %
10.	Lain-lain	20 %
J u m l a h		100 %

Sumber : Data terolah BKMM Semarang, 2000

## D Hasil Analisis Biaya BKMM

### 1. Identifikasi biaya

Untuk menentukan analisis biaya pelayanan kesehatan di BKMM, pertama kali yang dilakukan adalah mengidentifikasi semua biaya yang timbul akibat adanya kegiatan di unit pelayanan, berupa biaya langsung dan tidak langsung, kemudian dilakukan identifikasi unit atau bagian lain yang memberi konsekuensi biaya sesuai variasi kegiatan, misalnya untuk unit Tata Usaha yang secara otomatis akan mempengaruhi/membebani unit yang lain. Setelah biaya langsung dan tidak langsung masing-masing unit teridentifikasi kemudian diadakan pengecekan ke unit bersangkutan apakah biaya-biaya tersebut merupakan biaya riil yang harus terjadi dalam rangka memberikan pelayanan kepada pasien (Hasil identifikasi pada Lampiran 2).

Langkah kedua setelah biaya langsung dan tidak langsung di masing-masing unit teridentifikasi adalah melakukan penghitungan berapa jumlah tenaga yang digaji, obat, bahan habis pakai, biaya operasional dll sesuai identifikasi dimasing-masing unit sekaligus besar uangnya (Hasil penghitungan pada lampiran 3,4,5,6,7,8 dan 9).

Langkah selanjutnya adalah melakukan penghitungan total biaya langsung dan biaya tak langsung per unit pelayanan, selanjutnya biaya dari unit lain yang ikut membebani seperti TU, Satpam, dialokasikan ke unit pelayanan secara merata (Hasil penghitungan pada Lampiran 10 dan 11).

Unit cost per masing-masing unit diperoleh dengan membagi total biaya (langsung + tak langsung) dibagi dengan banyaknya pemeriksaan per tahun (Hasil penghitungan pada matrik analisis sensitivitas).

a. Biaya langsung April s/d Desember 2000

Yang termasuk biaya langsung yaitu biaya gaji, obat, bahan habis pakai, penyusutan gedung, alat, roda 4, sterilisasi alat dan pelayanan lapangan.

Identifikasi biaya langsung per komponen untuk seluruh unit pelayanan (total) memberikan gambaran sebagai berikut :

**Tabel 8 : Rincian biaya langsung seluruh unit pelayanan di BKMM tahun 2000 (April s/d Desember).**

No.	Komponen Biaya	Jumlah	%
1.	Gaji	Rp.187.722.900,-	54,57 %
2.	Obat	Rp. 23.385.073,-	6,80 %
3.	Bahan habis pakai	Rp. 43.941.773,-	12,77 %
4.	Penyusutan Gedung	Rp. 17.334.240,-	5,04 %
5.	Penyusutan alat	Rp. 29.045.067,-	8,44 %
6.	Sterilisasi alat	Rp. 453.830,-	0,13 %
7.	Penyusutan roda 4	Rp. 1.336.000,-	0,39 %
8.	Pelayanan lapangan	Rp. 40.780.000,-	11,85 %
	Jumlah	Rp.343.998.883,-	100 %

Sumber : Data primer terolah BKMM, 2000

Gaji yang didapat yaitu gaji PNS yang diterima pegawai dari bendaharawan gaji BKMM selama 9 bulan sebesar Rp. 187.722.900,-.

Jumlah biaya langsung dari seluruh unit pelayanan yang ada di BKMM yaitu unit poliklinik, spesialisik, operasi, observasi, laboratorium, refraksi dan luar gedung sebesar Rp. 343.998.883,-.dengan rincian per unit pelayanan sebagai tabel 9 pada halaman berikut :

**Tabel 9: Rincian biaya langsung per unit pelayanan kesehatan  
Di BKMM tahun 2000 (Apr s/d Des)**

No.	Nama Unit	Jumlah Biaya	%
1.	Poliklinik	Rp. 28.518.908,-	8,29 %
2.	Spesialistik	Rp. 36.058.140,-	10,48 %
3.	Operasi	Rp. 79.706.194,-	23,17 %
4.	Observasi	Rp. 45.614.153,-	13,26 %
5.	Laboratorium	Rp. 21.962.638,-	6,38 %
6.	Refraksi	Rp. 26.632.566,-	7,74 %
7.	Luar gedung	Rp. 105.506.284,-	30,67 %
	<b>Jumlah</b>	<b>Rp. 343.998.883,-</b>	<b>100 %</b>

Sumber : data primer terolah, BKMM, 2000.

Biaya langsung untuk unit luar gedung merupakan persentase terbesar karena selain terdiri dari gaji, obat, bahan habis pakai, sterilisasi alat juga terdapat biaya untuk penyusutan roda empat untuk ke lapangan sebesar Rp. 1.336.000,- serta biaya lumpsum dan transport petugas paramedis dan dokter spesialis sebesar Rp. 40.780.000,-. Untuk lebih jelasnya distribusi biaya langsung per unit pelayanan sebagai berikut :

#### 1. Biaya langsung Poliklinik/Karcis.

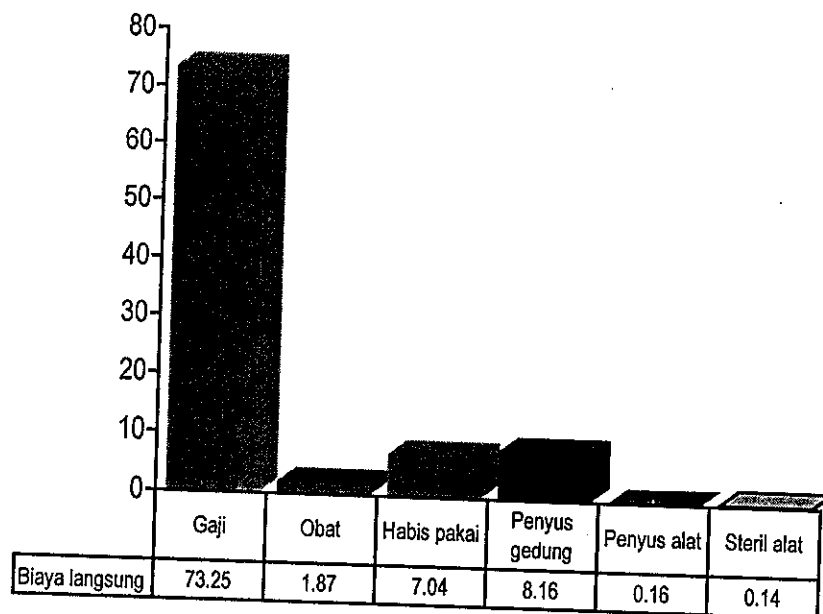
Gambaran besarnya biaya aktual per komponen menunjukkan biaya penyusutan gedung Rp.2.568.035,- merupakan prosentase terbesar ( 8,16 % ). Hal ini disebabkan karena penggunaan gedung yang relatif masih baru (satu tahun). Disusul kemudian bahan habis pakai sebesar Rp.2.214.471,- ( 7,04 %) dan selanjutnya obat sebesar Rp. 589.622,- ( 1,87 % ). Bahan habis pakai lebih tinggi dari obat

dikarenakan di unit Poliklinik lebih banyak kearah pemeriksaan dan pengobatan lebih ke arah khusus mata.

Biaya paling kecil untuk cuci dan sterilisasi alat sehubungan alat yang disteril juga relatif sedikit karena pemeriksaan fisik mata lebih banyak menggunakan senter.

Untuk lebih jelasnya seperti gambar 10 :

Gambar 10 : Distribusi biaya langsung unit Poliklinik.



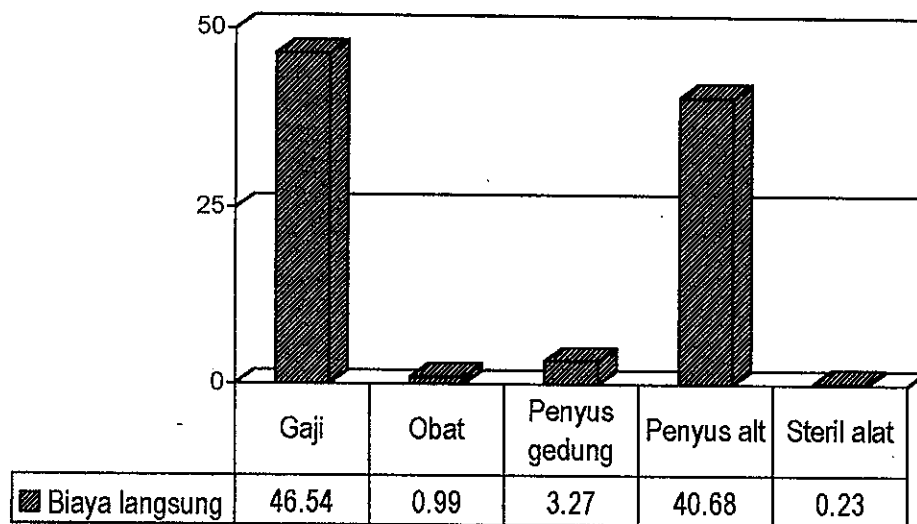
## 2. Biaya langsung Pelayanan Spesialistik .

Gambaran besarnya aktual per komponen menunjukkan biaya penyusutan alat Rp. 15.995.467,- merupakan persentase terbesar (40,68% ). Hal ini disebabkan karena penggunaan alat spesialistik yang relatif masih baru dan harga dari unit yang lain. Disusul kemudian pemeliharaan alat sebesar Rp. 1.296.000,- ( 3.30% ) dan selanjutnya penyusutan gedung sebesar R. 1.284.018,- ( 3,27% ).

Biaya paling kecil untuk cuci dan sterilisasi alat karena alat yang disteril juga relatif sedikit dan tidak semuanya perlu disterilisasi.

Untuk lebih jelasnya distribusi biaya langsung pelayanan spesialistik seperti gambar 8 :

Gambar 8 : Distribusi biaya langsung unit spesialistik



### 3. Biaya langsung Pelayanan Operasi.

Gambaran besarnya biaya aktual per komponen sebagai berikut :

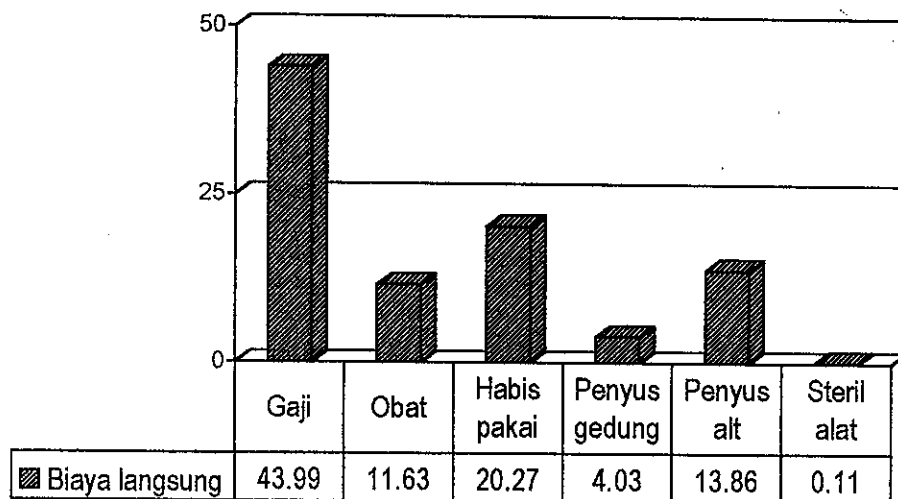
biaya bahan habis pakai sebesar ( Rp.17.208.704,-) atau 20,27 % . Hal ini disebabkan karena penggunaan bahan habis pakai yang relatif lebih banyak misalnya untuk spuit, kasa hidrofil, benang, Betadin, plester dll. Disusul kemudian biaya penyusutan alat sebesar Rp.11.762.017,- ( 13,86 %) dan selanjutnya biaya obat sebesar Rp. 9.876.446,- ( 11,63 % ). Bahan habis pakai lebih tinggi dari obat dikarenakan di unit operasi lebih banyak dibutuhkan bahan habis pakai untuk pelaksanaan operasi.

Biaya paling kecil untuk cuci ( 0,06 % ) walaupun apabila dibandingkan unit yang lain unit operasi paling banyak.

Untuk lebih jelasnya distribusi biaya langsung pelayanan operasi seperti gambar 9 :



Gambar 9 : Distribusi Biaya Langsung Unit Operasi



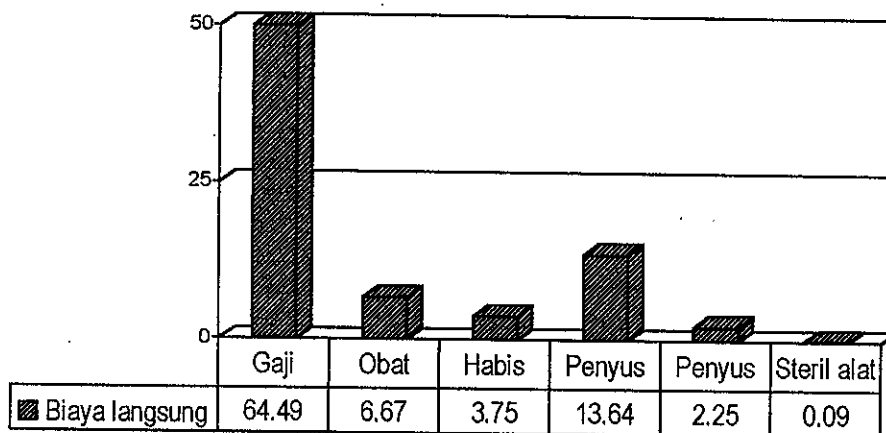
#### 4. Biaya langsung Pelayanan Observasi.

Gambaran besarnya biaya aktual per komponen menunjukkan urutan sebagai berikut : biaya penyusutan gedung Rp.6.848.095,- ( 13,64 % ). Hal ini disebabkan karena penggunaan gedung yang relatif masih baru ( 1 tahun) dan kebetulan untuk unit observasi memiliki ruangan paling luas. Kemudian disusul biaya obat sebesar Rp.3.346.409,- ( 6,67 % ) dan selanjutnya biaya bahan habis pakai sebesar Rp. 1.879.619,- ( 3,75 % ).

Biaya paling kecil untuk cuci dan sterilisasi alat karena alat yang disteril juga relatif sedikit jumlah dan jenisnya.

Untuk lebih jelasnya distribusi biaya langsung pelayanan observasi seperti gambar 10 :

Gambar 10 : Distribusi Biaya Langsung Unit Observasi

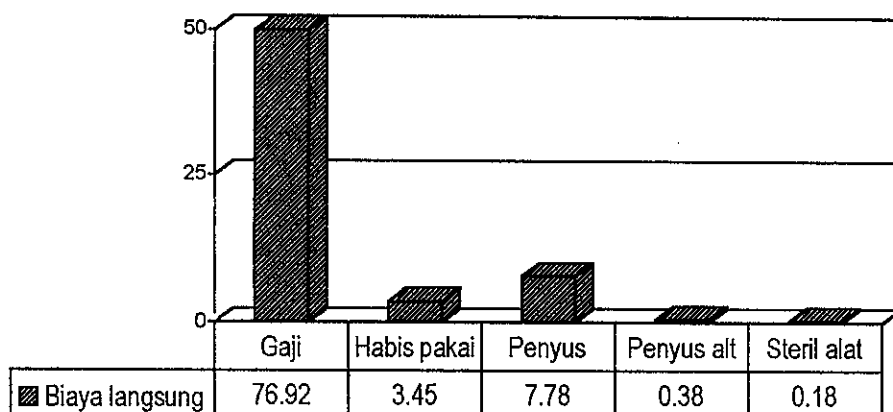


#### 5. Biaya langsung Pelayanan Laboratorium.

Gambaran besarnya biaya aktual per komponen menunjukkan biaya penyusutan gedung Rp.1.926.027,- ( 7,78 % ). Hal ini disebabkan karena penggunaan gedung yang relatif masih baru ( 1 tahun). Disusul kemudian pemeliharaan alat sebesar Rp.648.000,- ( 2,62 % ) .

Biaya paling kecil untuk cuci dan sterilisasi alat karena alat yang disteril juga relatif sedikit jumlah dan jenisnya. Untuk lebih jelasnya distribusi biaya langsung laborat seperti gambar 11.

Gambar 11 : Distribusi biaya langsung pelayanan laboratorium.



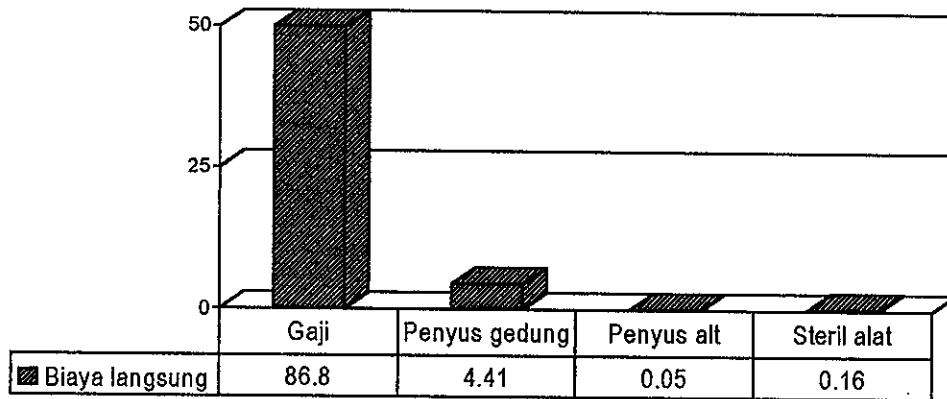
#### 6. Biaya langsung Pelayanan Refraksi.

Gambaran besarnya biaya aktual per komponen menunjukkan urutan sebagai berikut : biaya penyusutan gedung Rp.1.284.018,- ( 4,41 % ). Hal ini disebabkan karena penggunaan gedung yang relatif masih baru ( 1 tahun). Disusul kemudian pemeliharaan alat sebesar Rp.648.000,- ( 2,22 %).

Biaya yang lain relatif kecil karena untuk pelayanan refraksi memang tidak banyak memerlukan alat dan penggunaan air dsb.

Untuk lebih jelasnya distribusi biaya langsung refraksi seperti gambar 12 :

Gambar 12 : Distribusi biaya langsung pelayanan refraksi.



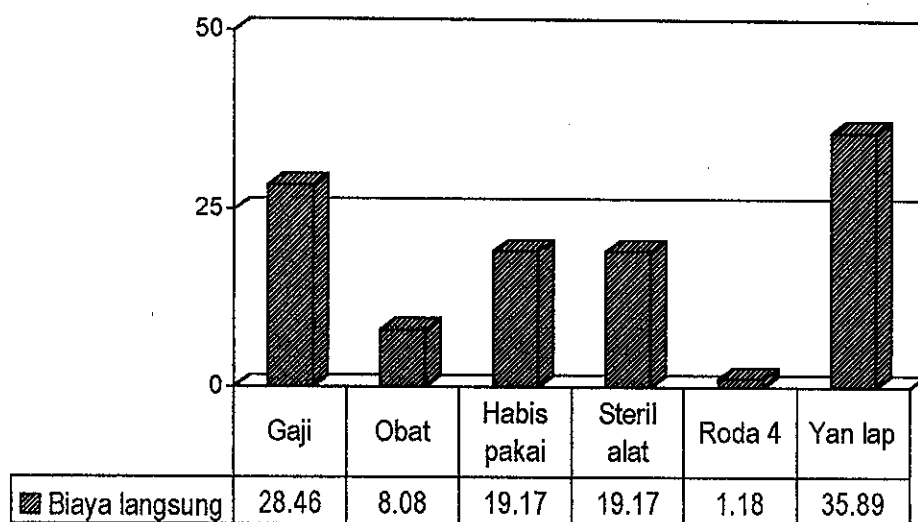
#### 7. Biaya langsung Luar gedung/Pelayanan Lapangan.

Gambaran besarnya biaya aktual per komponen menunjukkan biaya untuk ke lapangan Rp.40.780.000,- merupakan persentase terbesar ( 35,89 % ). Besarnya persentase tersebut disebabkan oleh karena untuk pelayanan ke lapangan diperlukan biaya untuk lumpsum dan transport satu tim yang terdiri dari dokter spesialis dan paramedis serta pengemudi. Disusul kemudian bahan habis pakai sebesar Rp.21.784.282,- ( 19,17 %) dan selanjutnya obat sebesar Rp. 9.184.021,- ( 8,08 % ).

Biaya paling kecil untuk sterilisasi alat , cuci dan ATK karena alat yang disteril juga relatif sedikit .

Untuk lebih jelasnya distribusi pelayanan luar gedung seperti gambar 13 :

Gambar 13 : Distribusi biaya langsung pelayanan luar gedung.



## b. Biaya tak langsung April s/d Desember 2000

Yang termasuk biaya tak langsung yaitu biaya daya dan jasa ( listrik, air, telpon ), ATK, pemeliharaan gedung, alat, kendaraan, TU/administrasi, honor Satpam dan cuci.

Identifikasi biaya tak langsung per komponen untuk seluruh unit pelayanan (total) memberikan gambaran sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 10: Rincian biaya tak langsung seluruh unit pelayanan di BKMM tahun 2000 (April s/d Desember).**

No.	Komponen Biaya	Jumlah	%
1.	Listrik	Rp. 1.080.000,-	3,68 %
2.	Air	Rp. 1.170.000,-	3,98 %
3.	Telpon	Rp. 2.736.000,-	9,31 %
4.	Alat Tulis Kantor	Rp. 403.950,-	1,38 %
4.	Pemeliharaan gedung	Rp. 4.499.999,-	15,32 %
5.	Pemeliharaan alat	Rp. 6.480.000,-	22,06 %
6.	Tata Usaha	Rp. 3.892.259,-	13,25 %
7.	Satpam	Rp. 3.150.000,-	10,72 %
8.	Pemeliharaan roda 4	Rp. 5.800.000,-	19,75 %
9.	Cuci	Rp. 156.750,-	0,53 %
	Jumlah	Rp.29.368.958,-	100 %

Sumber : Data primer terolah BKMM, 2000

Jumlah biaya tak langsung dari seluruh unit pelayanan sebesar Rp. 29.368.958,- dengan rincian per unit pelayanan seperti tabel 11, pada sebagai berikut.

**Tabel 11: Rincian biaya tak langsung per unit pelayanan  
Di BKMM tahun 2000 (Apr s/d Des)**

No.	Nama Unit	Jumlah biaya	%
1.	Poliklinik	Rp. 2.953.778,-	10,06 %
2.	Spesialistik	Rp. 3.257.645,-	11,09 %
3.	Operasi	Rp. 5.183.401,-	17,65 %
4.	Observasi	Rp. 4.574.265,-	15,58 %
5.	Laboratorium	Rp. 2.794.312,-	9,51 %
6.	Refraksi	Rp. 2.501.645,-	8,52 %
7.	Luar gedung	Rp. 8.103.912,-	27,59 %
	<b>Jumlah</b>	<b>Rp.29.368.958,-</b>	<b>100 %</b>

Sumber : data primer terolah BKMM, 2000

Biaya tak langsung untuk unit luar gedung merupakan persentase terbesar karena terdapat biaya pemeliharaan kendaraan roda empat untuk ke lapangan sebesar Rp. 5.800.000,-. Untuk lebih jelasnya bisa dilihat pada tabel 13.

c. Biaya total BKMM April s/d Desember 2000

Biaya total ( *Total Cost* ) adalah hasil penjumlahan semua yang termasuk biaya langsung dan tak langsung. Berdasar data diatas diperoleh total biaya tanpa kegiatan luar gedung sebesar Rp. 259.757.645,- dengan rincian biaya total per unit pelayanan seperti tabel 12 dihalaman berikut :

**Tabel 12: Rincian biaya total per unit pelayanan  
Di BKMM tahun 2000 (Apr s/d Des)**

No.	Nama Unit	Jumlah biaya	%
1.	Poliklinik	Rp.31.472.686,-	12,12 %
2.	Spesialistik	Rp.39.315.785,-	15,14 %
3.	Operasi	Rp.84.889.595,-	32,68 %
4.	Observasi	Rp.50.188.418,-	19,32 %
5.	Laboratorium	Rp.24.756.950,-	9,53%
6.	Refraksi	Rp.29.134.211,-	11,21 %
	<b>Jumlah</b>	<b>Rp.259.757.645,-</b>	<b>100 %</b>

Sumber : data primer terolah BKMM,2000

Gambaran secara terinci rekapitulasi biaya langsung, tak langsung per komponen biaya dan per jenis pelayanan seperti pada tabel 13 dihalaman berikut.

Tabel 13 : REKAPITULASI BIAYA LANGSUNG DAN TIDAK LANGSUNG  
PER UNIT PELAYANAN DI BKMM

No	Jenis Biaya	Poliklinik	%	Spesialistik	%	Operasi	%	Observasi	%	Laborat	%	Refraksi	%	Luar Gedung	%
	Biaya langsung														
1	Gaji	23,052,214	73.25	18,299,314	46.54	37,344,214	43.99	32,364,514	64.49	19,042,714	76.92	25,288,715	86.80	32,331,215	28.46
2	Obat	589,622	1.87	388,575	0.99	9,876,446	11.63	3,346,409	6.67	-	-	-	-	9,184,024	8.69
3	Bahan habis pakai	2,214,471	7.04	-	-	17,208,704	20.27	1,879,619	3.75	854,697	3.45	-	-	21,784,282	19.17
4	Penyusutan Gedung	2,568,035	8.16	1,284,018	3.27	3,424,047	4.03	6,848,095	13.64	1,926,027	7.78	1,284,018	4.41	-	-
5	Penyusutan Alat	49,183	0.16	15,995,467	40.68	11,762,017	13.86	1,130,133	2.25	93,817	0.38	14,450	0.05	-	-
6	Sterilisasi Alat	45,383	0.14	90,766	0.23	90,766	0.11	45,383	0.09	45,383	0.18	45,383	0.16	90,766	0.08
7	Penyusutan roda 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,336,000	1.18
8	Pelayanan lapangan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40,780,000	35.89
	Jumlah	28,518,908	90.61	36,058,140	91.71	79,706,194	93.89	45,614,153	90.89	21,962,638	88.71	26,632,566	91.41	105,506,284	92.37
	Biaya tak langsung														
1	Lisrik	108,000	0.34	216,000	0.55	432,000	0.51	108,000	0.22	108,000	0.44	108,000	0.37	-	-
2	Air	117,000	0.37	117,000	0.30	292,500	0.34	292,500	0.58	234,000	0.95	117,000	0.40	-	-
3	Telpun	273,600	0.87	273,600	0.70	547,200	0.64	547,200	1.09	273,600	1.11	273,600	0.94	547,200	0.48
4	ATK	118,800	0.38	-	-	25,750	0.03	163,400	0.33	9,000	0.04	-	-	87,000	0.08
5	Pemeliharaan Gedung	666,666	2.12	333,333	0.85	888,889	1.05	1,777,778	3.54	500,000	2.02	333,333	1.14	-	-
6	Pemeliharaan Alat	648,000	2.06	1,296,000	3.30	1,944,000	2.29	648,000	1.29	648,000	2.62	648,000	2.22	648,000	0.57
7	TU	556,037	1.77	556,037	1.41	556,037	0.66	556,037	1.11	556,037	2.25	556,037	1.91	556,037	0.49
8	Satpam	450,000	1.43	450,000	1.14	450,000	0.53	450,000	0.90	450,000	1.82	450,000	1.54	450,000	0.40
9	Pemeliharaan Kend	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,800,000	5.11
10	Cuci	15,675	0.05	15,675	0.04	47,025	0.06	31,350	0.06	15,675	0.06	15,675	0.05	15,675	0.01
	Jumlah	2,953,778	9.39	3,257,645	8.29	5,183,401	6.11	4,574,265	9.11	2,794,312	11.29	2,501,645	8.59	8,103,912	7.13
	Total biaya L+TL	31,472,686	-	39,315,785	-	84,889,595	-	50,188,418	-	24,756,950	-	29,134,211	-	113,610,196	-



## 2. Hambatan identifikasi biaya.

- a. Kesulitan mendapatkan data mengenai alat tulis kantor dan cucian yang dibutuhkan per unit karena tidak pernah ada pencatatannya dan menurut mereka tidak terlalu penting karena bisa diselesaikan secara perorangan dan angkanya kecil. Hal ini merupakan salah satu kelemahan hasil penelitian ini tetapi sulit diintervensi karena lebih disebabkan pencatatan dan pelaporan biaya serta logistik yang belum sempurna.
- b. Tidak semua data inventaris disertai harga dan tahun pembelian dikarenakan inventaris merupakan dropping dari Departemen Kesehatan/Kanwil Kesehatan yang pada waktu penyerahannya tidak disertai harga dan tenggang waktunya sudah lama. Untuk itu peneliti mengadakan penelusuran ke Kanwil Depkes dengan mencari arsip-arsip yang ada dan standart harga untuk tahun bersangkutan.
- c. Kesulitan mendapatkan biaya riil untuk pemeliharaan alat dikarenakan biasanya memanfaatkan anggaran rutin yang telah disediakan dan diusahakan cukup. Padahal sebetulnya untuk perencanaan biaya sangat sulit karena belum ada standar untuk kerusakan berat, sedang, ringan serta untuk Kalibrasi.
- d. Adanya kekhawatiran pengalokasian biaya yang berkaitan dengan unit Tata Usaha dan gaji pegawai ke unit-unit yang lain karena tenaga administrasi yang ada separoh dari jumlah tenaga yang ada ( 50 %), sehingga akan membebani *unit cost* pelayanan apabila gaji dimasukkan. Untuk itu dalam penghitungan *unit cost* telah dicoba dengan beberapa alternatif yaitu dengan gaji dan tanpa gaji.

### 3. Identifikasi hasil pelayanan

Hasil pelayanan kesehatan (*output*) di BKMM Semarang adalah banyaknya pasien yang dilayani pada unit Poliklinik, Spesialistik, Observasi, Operasi, Laboratorium, Refraksi dan Luar Gedung. Hasil pelayanan ini penting sebagai bahan perhitungan untuk menentukan biaya satuan (*unit cost*) tiap unit produksi. Hasil pelayanan kesehatan di BKMM Semarang selama bulan April s/d Desember 2000 didapat sebagai berikut :

**Tabel 14: Hasil Pelayanan Kesehatan BKMM Semarang  
Tahun 2000 (Apr s/d Des)**

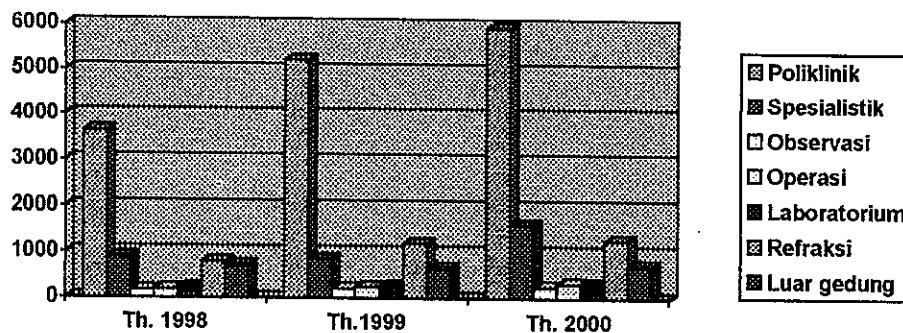
No.	Hasil Pelayanan ( <i>Output</i> )	Jml Pemeriksaan
1.	Unit Poliklinik	4449
2.	Unit Spesialistik	1196
3.	Unit Observasi	188
4.	Unit Operasi	242
5.	Unit Laboratorium	226
6.	Unit Refraksi	956
7.	Luar Gedung	540

Sumber : Data primer terolah BKMM, 2000

Untuk mengetahui trend pelayanan kesehatan BKMM dilakukan identifikasi hasil pelayanan kesehatan selama 3 tahun terakhir ( 1998, 1999 dan 2000 ). Karena data tahun 1998 dan 1999 merupakan data satu tahun maka untuk mengetahui tren hasil kegiatan data tahun 2000 juga diproyeksikan menjadi satu tahun.

Hasil perbandingan/*trend* sebagaimana gambar 14 pada halaman berikut :

Gambar 14 : Trend Hasil Yankes BKMM 1988 - 2000



Sumber : Data terolah BKMM,2000

#### 4. Dasar perhitungan Metode Real Cost

Perhitungan biaya satuan (*unit cost*) dengan metode *real cost* menggunakan penggolongan biaya langsung dan biaya tidak langsung. Analisis *unit cost* setiap pelayanan tidak hanya dilakukan untuk unit pelayanan saja tetapi juga untuk unit administrasi/TU.

Pengalokasian biaya di masing-masing unit dan unit administrasi/TU dengan menggunakan dasar sebagai berikut :

- Perhitungan alokasi biaya gaji sesuai dengan jumlah pegawai yang 100 % bekerja di unit tersebut, sedangkan untuk gaji pegawai administrasi dialokasikan merata ke semua unit.
- Perhitungan alokasi biaya penggunaan listrik, telpon, air dan listrik berdasarkan pemakaian riil dimasing-masing unit dimana pemakaian terbanyak di unit operasi dan observasi.
- Perhitungan alokasi pemeliharaan gedung berdasarkan luas gedung.
- Perhitungan alokasi pemeliharaan alat berdasarkan banyaknya alat yang dipergunakan dimasing-masing unit.
- Perhitungan biaya tak langsung untuk TU dan Satpam dialokasikan merata ke semua unit.

- f. Perhitungan biaya tak langsung untuk cucian dialokasikan sesuai dengan banyak sedikitnya cucian dimasing-masing unit.
- g. Perhitungan alokasi biaya penyusutan gedung dan alat berdasarkan harga barang investasi disetahunkan (*annualized invesment cost*).
- h. Perhitungan alokasi biaya penyusutan kendaraan dan pemeliharaan kendaraan roda 4 dimasukkan ke kegiatan diluar gedung.
- i. Dasar perhitungan yang lain yaitu banyaknya hasil pelayanan kesehatan (*output*) di BKMM.

#### 5. Biaya asli pelayanan kesehatan di BKMM

Hasil dari identifikasi biaya pelayanan kesehatan di BKMM dari semua unit pelayanan/penunjang yang dikelompokkan dalam biaya langsung dan tak langsung kemudian dijumlah dalam bentuk biaya total (*total cost*).

Rekap seluruh biaya tersebut dinamakan biaya asli BKMM yang disajikan per unit pelayanan sebagaimana tabel dibawah :

**Tabel 15: Rekapitulasi biaya langsung dan tak langsung  
Per unit pelayanan di BKMM  
Tahun 2000 (Apr s/d Des)**

No.	Nama Unit	Biaya langsung (Rp)	Biaya tak langsung (Rp)	Total biaya (Rp)	%
1.	Poliklinik	28.518.908,-	2.953.778,-	31.472.686,-	8.43
2.	Spesialistik	36.058.140,-	3.257.645,-	39.315.785,-	10.53
3.	Operasi	79.706.194,-	5.183.401,-	84.889.595,-	22.74
4.	Observasi	45.614.153,-	4.574.265,-	50.188.418,-	13.44
5.	Laboratorium	21.962.638,-	2.794.312,-	24.756.950,-	6.63
6.	Refraksi	26.632.566,-	2.501.645,-	29.134.211,-	7.80
7.	Luar gedung	105.506.284,-	8.103.912,-	113.610.196,-	30.43
	<b>Total</b>	<b>343.998.883,-</b>	<b>29.368.958,-</b>	<b>373.367.841,-</b>	<b>100</b>

Sumber : data primer terolah BKMM, 2000.

Biaya langsung dan tak langsung unit luar gedung merupakan persentase terbesar karena selain terdiri dari gaji, obat, bahan habis pakai, sterilisasi alat juga terdapat biaya penyusutan roda empat sebesar Rp.1.336.000,-, pemeliharaan kendaraan roda empat sebesar Rp.5.800.000,- serta biaya lumpsom dan transport petugas paramedis dan dokter spesialis sebesar Rp.40.780.000,-. Untuk lebih jelasnya lihat pada tabel 16 sebagai berikut :

**Tabel 16 : Rincian biaya langsung dan tak langsung**

**Unit luar gedung di BKMM Semarang Tahun 2000.**

No	Jenis biaya	Jumlah Biaya	%
1.	Gaji	Rp. 32.331.215,-	28,46
2.	Obat	Rp. 9.184.021,-	8,08
3.	Bahan habis pakai	Rp. 21.784.282,-	19,17
4.	Sterilisasi alat	Rp. 90.766,-	0,08
5.	Penyusutan roda empat	Rp. 1.336.000,-	1,18
6.	Lumpsom & transport	Rp. 40.780.000,-	35,89
7.	<b>Jml biaya langsung</b>	<b>Rp. 105.506.284,-</b>	<b>92,87</b>
8.	Telpun	Rp. 547.200,-	0,48
9.	Alat Tulis Kantor	Rp. 87.000,-	0,08
10.	Pemeliharaan Alat	Rp. 648.000,-	0,57
11.	Tata Usaha	Rp. 556.037,-	0,49
12.	Satpam	Rp. 450.000,-	0,40
13.	Pemeliharaan Kendaraan	Rp. 5.800.000,-	5,11
14.	Cuci	Rp. 15.675,-	0,01
15.	<b>Jml biaya tak langsung</b>	<b>Rp. 8.103.912,-</b>	<b>7,13</b>
16.	<b>Total biaya</b>	<b>Rp. 113.610.196,-</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer terolah BKMM, 2000.

## 6. Analisis biaya di BKMM

### a. Analisis komponen biaya gaji

Biaya gaji yaitu besarnya gaji yang diterima pegawai di unit pelayanan maupun unit administrasi. Jumlah pegawai sebanyak 28 orang Pegawai Negeri Sipil (PNS). Komponen gaji didapat dari gaji PNS yang diterima dari bendaharawan gaji termasuk didalamnya tunjangan tenaga kesehatan.

c. Analisis biaya tak langsung

Biaya tak langsung meliputi biaya listrik, air, telpon, Alat Tulis Kantor (ATK), pemeliharaan gedung, pemeliharaan alat, keperluan TU, Honor Satpam, cucian dan pemeliharaan kendaraan.

Untuk biaya ATK berdasarkan pengeluaran rutin dimasing-masing unit pelayanan. Sedangkan untuk penggunaan listrik, air, telpon, pemeliharaan alat dan cucian berdasarkan prosentase banyaknya pemakaian dan banyaknya cucian dimasing-masing unit pelayanan. Untuk pemeliharaan gedung berdasarkan luas gedung di masing-masing unit pelayanan. Untuk Satpam berdasarkan honor yang diberikan selama 9 bulan dan dibebankan pada semua unit.

d. Analisis biaya pelayanan per unit

Berdasarkan perhitungan dengan metode *real cost* dari penggolongan biaya langsung dan tak langsung per unit pelayanan kesehatan yang ada di BKMM yang kemudian dijumlah menjadi total biaya, maka dengan mudah bisa dihitung *unit cost* per masing-masing unit pelayanan setelah dibagi dengan *out put* masing-masing unit pelayanan. Penghitungan *unit cost* dicoba dengan beberapa alternatif yaitu *unit cost* aktual asli (dengan gaji dan investasi), *unit cost* aktual tanpa gaji dan *unit cost* aktual tanpa gaji dan investasi. Penghitungan *unit cost* aktual tanpa gaji dengan alasan karena semua pegawai BKMM merupakan PNS yang digaji pemerintah, sedangkan investasi juga merupakan modal yang diberikan oleh pemerintah.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Balai Kesehatan Mata Masyarakat Semarang sebagai satu-satunya Balai Kesehatan Mata Masyarakat yang ada di Jawa Tengah sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No.434/MENKES/SK/VI/1993 tanggal 2 Juni 1993 telah ditetapkan menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen Kesehatan RI.

Balai Kesehatan Mata Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan upaya penanggulangan penyakit Mata secara menyeluruh beserta sistem rujukannya, dengan berorientasi pada masyarakat dan kelayakan kemampuan ekonominya. Sesuai dengan tugas tersebut diatas maka kegiatan yang dilaksanakan oleh BKMM bisa dibedakan menjadi kegiatan didalam gedung dan diluar gedung. Kegiatan dalam gedung meliputi unit poliklinik, spesialistik, laboratorium, refraksi, observasi dan operasi, sedangkan kegiatan luar gedung meliputi operasi katarak di Puskesmas, promosi kesehatan mata di Puskesmas dan di sekolah serta pelatihan tenaga medis/paramedis dibidang pencegahan kebutaan dan katarak paripurna. Secara teknis, pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BKMM tersebut lebih maju tehnologinya dibandingkan dengan Puskesmas, namun sesungguhnya setara dengan pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit.

Sebagai institusi pemerintah maka sumber dana utama yang ada di BKMM berasal dari APBN (Rutin dan Proyek PPKM I), sumber dana lain diperoleh dari kerjasama dengan pihak ketiga (Lions Club dan CBM).

Dalam rangka otonomi daerah sejak 1 Januari 2001 menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Propinsi, dimana diharapkan menjadi aset yang penting khususnya

sebagai sumber pendapatan daerah sehingga perlu dikelola dengan baik agar dapat memberikan kontribusi kepada Pemerintah Daerah.

Pada kenyataannya pola tarip yang ada saat ini belum mencerminkan upaya untuk membuat UPT lebih mandiri, karena pola tarip dibuat berdasarkan pertimbangan kemampuan ekonomi masyarakat. Penghitungan tarip yang berlaku lebih rendah dari Rumah Sakit karena belum didasarkan pada biaya yang nyata-nyata dikeluarkan oleh BKMM. Pola tarip yang dipergunakan saat ini mengacu pada persetujuan pola tarip pelayanan BP4 dan BKMM dengan surat sbb:

1. Surat Menteri Keuangan No. S-1085/MK.3/1991 tanggal 25 September 1991.
2. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 307/MENKES/SK/IV/1992 tanggal 18 April 1992.
3. Surat Edaran Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI No. 958/BM/DJ/KEU/VI/1992 tanggal 30 Juni 1992.

Besarnya tarip yang berlaku sesuai keputusan tersebut diatas seperti tabel 2 pada halaman 5.

Penelitian ini akan menyajikan analisis biaya satuan ( *unit cost* ) tiap kegiatan pelayanan kesehatan di BKMM. Dari hasil penelitian ini diharapkan diperoleh beberapa manfaat yang dapat dikaji antara lain :

1. Diperolehnya gambaran biaya total ( *Total Cost* ) dan biaya satuan ( *Unit Cost* ) dari pelayanan kesehatan di BKMM.
2. Sebagai bahan perencanaan penyusunan anggaran BKMM.
3. Sebagai alat pengawasan dan pengendalian biaya BKMM.
4. Sebagai salah satu bahan pertimbangan besarnya tarip yang akan ditetapkan.
5. Menyediakan informasi seberapa besar kontribusi pendapatan tarip pelayanan kesehatan di BKMM terhadap pendapatan asli daerah.
6. Pengidentifikasian sistem akuntansi biaya.

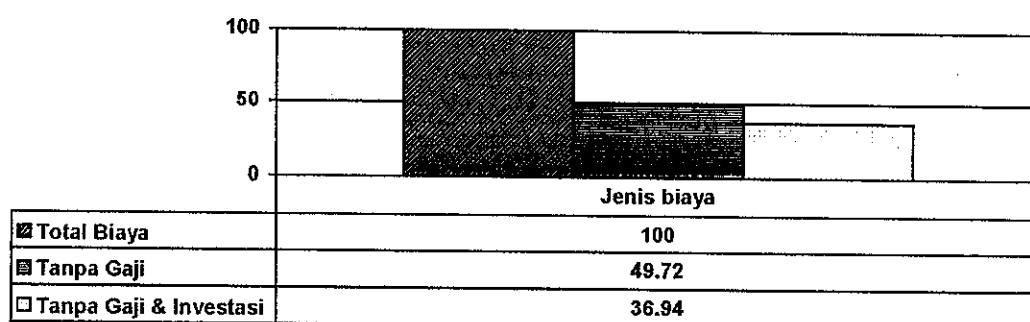


### A Biaya total ( *Total Cost* ).

Biaya total (*Total Cost*) setelah dilakukan penghitungan dengan menggunakan metoda *real cost* memberikan gambaran total biaya sebesar Rp. 373.367.841,- (100 %), sedangkan total biaya tanpa gaji sebesar Rp. 185.644.941,- (49,72 %), dan apabila tanpa gaji dan investasi sebesar Rp. 137.929.634,- (36,94 %).

Gambaran total cost di BKMM sebagai berikut :

Gambar 15 : Perbandingan total biaya, tanpa gaji dan tanpa gaji & investasi  
Di BKMM tahun 2000



Dari gambaran tersebut komponen biaya gaji di BKMM merupakan komponen biaya yang sangat besar yaitu sebesar Rp. 187.722.900,- atau mencapai 50,28 % dari biaya total.

Komponen biaya gaji merupakan komponen pengeluaran biaya terbesar, karena pegawai BKMM yang ada di unit pelayanan maupun administrasi sebanyak 28 PNS semuanya mendapat gaji dari pemerintah. Gaji yang diterima pegawai PNS yaitu gaji menurut PP Nomor 6 tahun 1997 ditambah tunjangan istri/suami, tunjangan anak, tunjangan perbaikan penghasilan, tunjangan fungsional atau tunjangan struktural.

Komponen biaya terbesar kedua setelah komponen biaya gaji yaitu komponen biaya bahan habis pakai sebesar Rp. 43.941.773,- ( 11,77 % ) yang dipergunakan untuk kegiatan diluar gedung, operasi, observasi, poliklinik dan laboratorium yaitu

untuk pengeluaran biaya membeli Alkohol 70 % Sput disposable, benang, kasa, plester, jarum, aquabidest, Genko test, reagen dan batu baterai. Selanjutnya komponen biaya pelayanan lapangan karena didalamnya termasuk biaya lumpsum dan transport tenaga paramedis, spesialis yang turun ke lapangan untuk satu tahun anggaran sebesar Rp. 40.780.000,- (10,92 % dari total biaya). Biaya tersebut berasal dari Proyek PPKM I Jawa Tengah (APBN) dalam rangka perluasan jangkauan ke beberapa Puskesmas yang ada di Jawa Tengah guna menurunkan prevalensi kebutaan mata dengan penyebab utama katarak.

Total biaya per unit pelayanan apabila dibandingkan antara total biaya asli (dengan gaji & investasi), total biaya tanpa gaji dan total biaya tanpa gaji dan investasi dapat dilihat pada tabel 18.

**Tabel 18 : Gambaran total biaya**  
**Per unit pelayanan kesehatan di BKMM**  
**Tahun 2000 (Apr s/d Des)**

No	Nama Unit	Total biaya Asli	Total Biaya Tanpa gaji	Total biaya tanpa gaji & investasi	Total pendapatan dg tarif sekarang
1.	Poliklinik	31.472.686	8.420.472	5.803.254	2.224.500
2.	Spesialistik	39.315.785	21.016.471	3.736.986	870.000
3.	Operasi	84.889.595	47.545.381	30.591.087	12.090.000
4.	Observasi	50.188.418	17.823.904	9.846.676	329.000
5.	Laboratorium	24.756.950	5.714.236	3.694.392	169.500
6.	Refraksi	29.134.211	3.845.496	2.547.028	717.000
7.	Luar gedung	113.610.196	81.278.981	79.942.981	54.000.000

Sumber : data primer terolah BKMM, 2000  
Keterangan : Output dalam satuan orang  
Biaya dalam satuan rupiah.

Dari gambaran tersebut dapat dilihat bahwa total pendapatan BKMM dengan tarif sekarang apabila dibandingkan dengan total biaya tanpa gaji dan investasi masih jauh kekurangannya yang berarti selama tahun 2000 subsidi yang diberikan sangat

Berikut kami tampilkan perbandingan biaya langsung dan tak langsung per unit pelayanan di BKMM.

[illegible]

Apabila dibandingkan secara total antara biaya langsung dan tak langsung maka biaya langsung lebih besar dari biaya tak langsung dengan perbandingan 92,13 % : 7,87 %. Demikian juga apabila dilihat per unit pelayanan.

Hal ini disebabkan karena didalam biaya langsung termasuk didalamnya biaya gaji, pelayanan lapangan, bahan habis pakai, obat, penyusutan gedung serta alat yang merupakan persentase terbesar dari total biaya.

#### B Analisis biaya satuan per unit pelayanan kesehatan di BKMM.

Analisis biaya satuan ( *Unit Cost* ) dengan menggunakan metode *real cost* akan didapat biaya satuan ( *Unit Cost* ) aktual per jenis pelayanan kesehatan dan biaya per komponen.

Berikut ini akan disajikan biaya satuan ( *Unit Cost* ) per jenis pelayanan yang ada di BKMM dengan membandingkan *unit cost* asli (dengan gaji & investasi), *unit cost* tanpa gaji dan *unit cost* tanpa gaji dan investasi.

Tabel 19: Rekap biaya satuan ( *Unit cost* )  
Per unit pelayanan kesehatan di BKMM  
Tahun 2000 (Apr s/d Des)

No.	Nama Unit	Unit Cost asli	Unit Cost tanpa gaji	Unit Cost tanpa gaji & invest	Tarif saat ini
1.	Poliklinik	7.074	1.893	1.304	500
2.	Spesialistik	32.873	17.572	3.124	750
3.	Operasi	350.783	196.469	126.409	90.000
4.	Observasi	266.960	94.808	52.375	1.750
5.	Laboratorium	109.544	25.284	16.347	750
6.	Refraksi	30.475	4.022	2.664	750
7.	Luar gedung	210.389	150.516	148.042	100.000

Sumber : data primer terolah BKMM, 2000  
Keterangan : Output dalam satuan orang  
Biaya dalam satuan rupiah.

Dari tabel 19 tersebut diatas secara sepintas dapat dilihat betapa jauh perbedaan unit cost tanpa gaji dan investasi dengan tarif saat ini, apalagi bila dibandingkan dengan unit cost asli dan tanpa gaji. Untuk itu perlu diadakan analisis lebih lanjut dibandingkan dengan tarif saat ini dan usulan tarif baru sehingga bisa dihitung *Cost Recovery Rate* (CRR) atau tingkat pemulihan /pemenuhannya. melalui matrik analisis biaya satuan.

### C Analisis Sensitivitas biaya satuan per unit pelayanan.

Analisis sensitivitas biaya satuan ( *unit cost* ) adalah membandingkan biaya satuan ( *Unit Cost* ) aktual yang didapat dengan tarif yang berlaku ( tarif normatip ), tarif pesaing atau tarif yang diusulkan. Dari analisis sensitivitas biaya satuan ( *Unit Cost* ) akan diperoleh tingkat pemulihan/pemenuhan biaya ( *CRR = Cost Recovery Rate* ) dengan biaya satuan ( *Unit Cost* ) aktual.

Sebelum sampai pada analisis sensitivitas perlu diketahui bahwa untuk menghitung biaya satuan ( *unit cost* ) diperlukan data hasil pelayanan kesehatan yang ada di BKMM yaitu pelayanan Poliklinik 4449 pasien, Spesialistik 1196 pasien, Laboratorium 226 pasien, Operasi kecil 27 pasien, Operasi sedang 27 pasien, Operasi besar 188 pasien, Observasi 188 pasien, Refraksi 956 pasien dan pelayanan luar gedung 540 pasien.

Untuk menghitung biaya satuan ( *Unit cost* ) pelayanan kesehatan yang ada di BKMM dengan metoda *real cost* , yang dibutuhkan total biaya langsung dan tak langsung dimana gaji tidak dimasukkan sebagai dasar penghitungan *unit cost* karena BKMM merupakan instansi pemerintah dan kebetulan seluruh pegawainya merupakan pegawai negeri sehingga gaji masih disubsidi kecuali apabila nantinya menjadi swadana maka gaji juga diperhitungkan untuk menghitung unit cost pelayanan kesehatan.

Untuk lebih jelasnya analisis sensitivitas biaya satuan akan dibahas satu persatu yaitu :

1. Analisis sensitivitas biaya satuan aktual tanpa gaji.
2. Analisis sensitivitas biaya satuan aktual tanpa gaji dan investasi.
3. Analisis sensitivitas biaya satuan aktual dengan gaji dan investasi (biaya asli).

Untuk tahap pertama akan dibahas analisis sensitivitas biaya tanpa gaji dengan mempergunakan matrik dihalaman 80.

**Matrik Analisis Sensitivitas Biaya Satuan (Unit cost) BKMM dengan UC Aktual Tanpa Gaji Tahun 2000**

No.	Jenis Pelayanan	Tarif Saat Ini	Tarif Pesaing	Usulan Tarif Baru	Tingkat Utilitas	TC	TVC	UC Actual	TR 1	CRR 1	TR 2	CRR 2
1	Karcis/Poliklinik	500	3,000	1,000	4449	31,472,686	8,420,472	1,893	2,224,500	26.42%	4,449,000	52.84%
2	Spesialistik	750	4,000	15,000	1196	39,315,785	21,016,471	17,572	897,000	4.27%	17,940,000	85.36%
3	Laboratorium	750	4,000	2,000	226	24,756,950	5,714,236	25,284	169,500	2.97%	452,000	7.91%
4	Operasi Kecil	10,000	15,000	15,000	27	1,052,352	589,410	21,830	270,000	45.81%	405,000	68.71%
5	Operasi Sedang	20,000	65,000	30,000	27	2,104,704	1,178,820	43,660	540,000	45.81%	810,000	68.71%
6	Operasi Besar	60,000	240,000	150,000	188	81,732,539	45,777,151	243,495	11,280,000	24.64%	28,200,000	61.60%
7	Observasi	1,750	8,000	3,000	188	50,188,418	17,823,904	94,808	329,000	1.85%	564,000	3.16%
8	Refraksi	750	4,000	1,500	956	29,134,211	3,845,496	4,022	717,000	18.65%	1,434,000	37.29%
9	Luar gedung	100,000	-	-	540	113,610,196	81,278,981	150,517	54,000,000	66.44%	0	0
10	Rata-rata									29.54%		48.19%

**Keterangan**

- TC : biaya langsung + tak langsung (termasuk gaji )  
TVC : biaya langsung + tak langsung ( tidak termasuk gaji )  
UC Aktual : Unit Cost tanpa gaji  
TR1 : Total pendapatan dari tarif saat ini (tarip saat ini X utilisasi)  
CRR1 : Tingkat pemulihan/pemenuhan saat ini dengan UC Aktual  
TR2 : Total pendapatan dari tarif baru (tarip baru X utilisasi)  
CRR2 : Tingkat pemulihan/pemenuhan tarif baru dengan UC Aktual  
Usulan tarif baru sesuai Surat Edaran Dit Jen Kes Mas No. KU.06.02.2.03.426 tgl 19 Maret 2001 tentang perubahan tarif pelayanan pada UPT Dit Jen Kes Mas.

Dengan matrik tersebut akan dapat dicari berapa besar biaya satuan (*unit cost*) suatu pelayanan dengan tarif yang berlaku, sekaligus dapat menghitung atau membandingkan dengan tarif pesaing atau bahkan menghitung berapa subsidi pemerintah yang diperlukan, dan juga menetapkan berapa tarif yang akan diusulkan. Dengan analisis sensitivitas pada tabel tersebut akan ditemukan besarnya tingkat pemulihan/pemenuhan tarif yang berlaku saat ini dengan biaya satuan aktual. Perbandingan tersebut disebut *cost recovery rate (CRR)*. Biaya satuan aktual yang digunakan adalah biaya satuan aktual per jenis pelayanan tanpa gaji.

Dari analisis sensitivitas dapat ditemukan CRR untuk Poliklinik/karcis dengan tarif Rp.500,- sebesar 26,42 %, CRR untuk spesialisik dengan tarif Rp. 750,- sebesar 4,14 %, CRR Laboratorium dengan tarif Rp.750,- sebesar 2,97 %, CRR operasi kecil dengan tarif Rp.10.000,- sebesar 45,81 %, CRR operasi sedang dengan tarif Rp. 20.000,- sebesar 45,81 %, CRR untuk operasi besar dengan tarif Rp. 60.000,- sebesar 24,64 %, CRR untuk observasi dengan tarif Rp. 1.750,- sebesar 1,85 %, CRR Refraksi dengan tarif Rp.750,- sebesar 18,65 % sedangkan CRR untuk kegiatan luar gedung dengan tarif Rp. 100.000,- sebesar 66,44 %.

Dengan CRR per jenis pelayanan yang rata-rata dibawah 50 % merupakan beban berat bagi BKMM. Kondisi tersebut berarti subsidi pemerintah masih sangat besar, berarti beban berat pula bagi Pemerintah daerah Propinsi Jawa Tengah dengan mulai diserahkannya BKMM menjadi UPT daerah sehubungan dengan mulai dilaksanakannya otonomi daerah.

Dengan adanya Surat Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat RI No. KU.06.02.2.03.426 tanggal 19 Maret 2001 tentang perubahan tarif pelayanan dan sudah diberlakukan dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 43 Tahun 2001 tanggal 5 Juni 2000, maka diharapkan secara umum CRR akan meningkat



yaitu sebagai berikut :CRR Poliklinik /karcis dengan tarif Rp.1.000,- sebesar 52,83 %, CRR spesialisik dengan tarif Rp. 15.000,- sebesar 85,36 %, CRR Laboratorium dengan tarif Rp.2.000,- sebesar 7,91 %, CRR operasi kecil dengan tarif Rp. 15.000,- sebesar 68,71 %, CRR operasi sedang dengan tarif Rp. 30.000,- sebesar 68,71 %, CRR operasi besar dengan tarif Rp. 150.000,- sebesar 61,60 %, CRR observasi dengan tarif Rp. 3.000,- sebesar 3,16 % dan CRR refraksi dengan tarif Rp. 1.500,- sebesar 37,29 %.

Dengan CRR sesuai tarif baru tersebut maka hanya 3 (tiga) jenis pelayanan yang masih dibawah 50 % yaitu laboratorium 7,91 %, observasi 3,16 % dan refraksi 37,29 %, sedangkan yang lain sudah diatas 50 %. Namun pada kenyataannya karena BKMM Propinsi Jawa Tengah di Semarang sudah diserahkan menjadi UPT Pemda Jawa Tengah maka untuk pemberlakuan tarif baru sesuai hasil wawancara mendalam dengan Bagian Keuangan Pemda Propinsi Jawa Tengah masih perlu dibahas bersama dengan Biro Hukum, Dinas Pendapatan Daerah dan DPRD serta memperhatikan kebijakan, aturan-aturan yang ada serta kemampuan masyarakat.

Selanjutnya akan dibahas penghitungan *Unit Cost* aktual tanpa gaji dan investasi sesuai matrik pada halaman 83.

**Matrik Analisis Sensitivitas Biaya Satuan (Unit cost) BKMM dengan UC Aktual Tanpa Biaya Gaji dan Biaya Investasi Tahun 2000**

No.	Jenis Pelayanan	Tarif Saat Ini	Tarif Pesaing	Usulan Tarif Baru	Tingkat Utilitas	TC	TVC	UC Actual	TR 1	CRR 1	TR 2	CRR 2
1	Karcis/Poliklinik	500	3,000	1,000	4449	31,472,686	5,803,254	1,304	2,224,500	38.33%	4,449,000	76.66%
2	Spesialistik	750	4,000	15,000	1196	39,315,785	3,736,986	3,124	870,000	23.28%	17,940,000	480.07%
3	Laboratorium	750	4,000	2,000	226	24,756,950	3,694,392	16,347	169,500	4.59%	452,000	12.23%
4	Operasi Kecil	10,000	15,000	15,000	27	1,052,352	392,193	14,525	270,000	68.84%	405,000	103.27%
5	Operasi Sedang	20,000	65,000	30,000	27	2,104,704	784,386	29,050	540,000	68.84%	810,000	103.27%
6	Operasi Besar	60,000	240,000	150,000	188	81,732,539	29,414,508	156,460	11,280,000	38.35%	28,200,000	95.87%
7	Observasi	1,750	8,000	3,000	188	50,188,418	9,846,676	52,375	329,000	3.34%	564,000	5.73%
8	Refraksi	750	4,000	1,500	956	29,134,211	2,547,028	2,664	717,000	28.15%	1,434,000	56.30%
9	Luar gedung	100,000	-	-	540	113,610,196	79,942,981	148,042	54,000,000	67.55%	0	0
10	Rata-rata									37.92%		116.67%

**Keterangan**

- TC : biaya langsung + tak langsung (termasuk gaji )
- TVC : biaya langsung + tak langsung ( tidak termasuk gaji dan investasi)
- UC Aktual : Unit Cost tanpa gaji dan investasi
- TR1 : Total pendapatan dari tarif saat ini (tarif saat ini X utilisasi)
- CRR1 : Tingkat pemulihan/pemenuhan saat ini dengan UC Aktual
- TR2 : Total pendapatan dari tarif baru (tarif baru X utilisasi)
- CRR2 : Tingkat pemulihan/pemenuhan tarif baru dengan UC Aktual

Dari matrik tersebut dapat dilihat CRR dengan tarif baru sebagai berikut : CRR Karcis/Poliklinik dengan tarif Rp. 1000,- sebesar 76,66 %; CRR Spesialistik dengan tarif Rp. 15.000,- sebesar 480,07 %; CRR Laboratorium dengan tarif Rp. 2.000,- sebesar 12,23 %; CRR Operasi Kecil dengan tarif Rp. 15.000,- sebesar 103,27 %; CRR Operasi Sedang dengan tarif Rp.30.000,- sebesar 103,27 %; CRR Operasi Besar dengan tarif Rp. 150.000,- sebesar Rp. 95.87 %; CRR Observasi dengan tarif Rp. 3.000,- sebesar 5,73 % dan CRR Refraksi dengan tarif Rp. 1.500,- sebesar 56,30 %.

Dengan demikian walaupun sudah dilakukan penghitungan *unit cost* yang seminimal mungkin dengan mengabaikan gaji dan investasi, untuk CRR Laboratorium (12,23 %) dan Observasi ( 5,73 %) masih membutuhkan subsidi pemerintah yang besar. Apabila dibandingkan dengan tarif pesaing memang untuk laboratorium dan observasi masih dibawahnya jauh yaitu laboratorium pesaing Rp. 4.000,-sedangkan tarif BKMM Rp.2.000,-. Untuk Observasi tarif pesaing Rp. 8.000,-sedangkan tarif BKMM Rp. 3.000,-. Untuk itu usulan penyesuaian tarif laboratorium dan observasi perlu ditinjau kembali.

Apabila dilihat dari CRR rata-rata sebesar 116,67 % maka diharapkan ada subsidi silang dari unit pelayanan yang CRR nya sudah cukup tinggi atau bisa dicoba dengan memberikan alternatif kenaikan tarif yang berbeda antar unit pelayanan yang satu dengan yang lain. Khususnya untuk unit Laboratorium dan observasi dan refraksi setelah diadakan percobaan penghitungan dengan beberapa alternatif kenaikan yaitu 10 %, 20 % dan tarif sama dengan pesaing memberikan gambaran seperti pada tabel 20 pada halaman berikut :

**Tabel 20 : Beberapa percobaan perhitungan dengan alternatif kenaikan tarif pada BKMM Semarang.**

No	Jenis pelananaan	Naik 10 %	CRR %	Naik 20 %	CRR %	Sama Pesaing	CRR %
1.	Laboratorium	Rp.2.200,-	13.46	Rp.2.400,-	14.68	Rp.4.000	24,45
2.	Observasi	Rp.3.300,-	6.3	Rp.3.600,-	6.87	Rp.8.000	15,27
3.	Refraksi	Rp.1.650,-	61.93	Rp.1.800,-	67.56	Rp.4.000	150

Ternyata dengan percobaan penghitungan kenaikan tarif sebesar 10 % dan 20 % tidak akan banyak berpengaruh terhadap kenaikan CRR Laboratorium dan Observasi. Demikian juga apabila tarif dinaikkan sama dengan pesaing maka hanya unit refraksi yang CRR bisa mencapai 150 % sedangkan untuk Laboratorium CRR baru mencapai 24,45 % dan Observasi 15,27 %.

Penghitungan *Unit Cost* aktual termasuk gaji dan investasi sesuai matrik pada halaman 91 menghasilkan CRR dengan tarif baru sebagai berikut : CRR Karcis/Poliklinik dengan tarif Rp. 1000,- sebesar 14.14 %; CRR Spesialistik dengan tarif Rp. 15.000,- sebesar 45,63 %; CRR Laboratorium dengan tarif Rp. 2.000,- sebesar 1,83 %; CRR Operasi Kecil dengan tarif Rp. 15.000,- sebesar 38,49 %; CRR Operasi Sedang dengan tarif Rp.30.000,- sebesar 38,49 %; CRR Operasi Besar dengan tarif Rp. 150.000,- sebesar 34,50 %; CRR Observasi dengan tarif Rp. 3.000,- sebesar 1,12 % dan CRR Refraksi dengan tarif Rp. 1.500,- sebesar 4,92 %. Dengan penghitungan termasuk gaji dan investasi maka semakin kelihatan besar subsidi yang harus ditanggung pemerintah karena semua CRR dibawah 50 %, walaupun sudah diperhitungkan dengan mempergunakan usulan tarif baru.

Penyesuaian tarif pelayanan kesehatan di BKMM harus memperhatikan biaya satuan aktual, tarif pesaing dan kemampuan membayar masyarakat. Penyesuaian tarif hendaknya sebatas mengemban misi mobilisasi dana kesehatan, karena

menurut UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 bahwa kesehatan merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah, masyarakat dan swasta.

Penyesuaian tarif pelayanan kesehatan di BKMM adalah termasuk elemen pembiayaan kesehatan. Dalam era otonomi daerah jajaran kesehatan dituntut untuk dapat melakukan analisis kebutuhan biaya kesehatan. Jajaran kesehatan harus mampu menjelaskan bahwa kesehatan adalah investasi dan kesehatan adalah hak asasi (Gani, 2000). Terbitnya UU No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU No. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah yang berarti desentralisasi bidang kesehatan juga akan diterapkan. Desentralisasi kesehatan berarti pemberian kewenangan kepada daerah untuk merumuskan dan mengembangkan sistem kesehatan di daerah yang sesuai aspirasi dan kebutuhan masyarakat setempat, serta kondisi dan kemampuan daerah.

Salah satu tugas otonomi daerah dalam desentralisasi kesehatan adalah tuntutan kepada jajaran kesehatan untuk mampu merencanakan program pelayanan kesehatan sesuai dengan situasi dan kondisi daerah setempat dan bersifat *bottom up* termasuk dalam menyusun anggarannya. Sesuai hasil wawancara mendalam dengan Kepala BKMM dan Ka TU BKMM hal ini sudah diawali sejak beberapa tahun lalu, dimana dalam penyusunan anggaran usulan pertama dari BKMM yang kemudian secara bertahap diadakan pembahasan/konsultasi dengan instansi di atasnya.

Mulai Januari 2001 otonomi daerah sudah dilaksanakan, disatu sisi kemampuan pemerintah pusat dalam membiayai pembangunan kesehatan berkurang, di sisi lain potensi pendapatan daerah rendah dan pembiayaan masyarakat juga rendah. Dengan keadaan tersebut diharapkan lambat tetapi pasti desentralisasi kesehatan tetap mampu meningkatkan pembangunan kesehatan kepada masyarakat. Anggaran kesehatan saat ini masih belum mendapatkan prioritas, bahkan menurut

Ascobat Gani ( 2000) pemerintah Indonesia hanya mengalokasikan anggaran untuk kesehatan sebesar 2,5 % dari total APBN, padahal sesuai rekomendasi WHO minimal 15 %. Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah terhadap pembangunan kesehatan masih rendah.

Desentralisasi kesehatan menuntut profesionalisme tenaga kesehatan termasuk kemampuan melakukan lobby dan pendekatan kepada eksekutif dan legislatif dalam proses alokasi anggaran APBD terutama untuk kegiatan kesehatan yang bersifat *public goods* misalnya imunisasi, pencegahan penyakit dsb. Desentralisasi kesehatan juga harus didukung *political will* dari elite politik dan meningkatnya peran serta masyarakat dalam pembiayaan kesehatan. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) dan pemerintah daerah perlu memiliki komitmen untuk memprioritaskan pembangunan kesehatan kepada masyarakat.

Kesehatan adalah hak asasi berarti akses terhadap pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, termasuk penduduk miskin harus terjamin, berkualitas dan berkesinambungan. Kesehatan sebagai investasi, artinya pembangunan kesehatan dalam kerangka ikut berperan mencegah terjadinya *lost generation* dan menentukan terciptanya sumber daya manusia yang berkualitas dan produktif. Jajaran kesehatan harus bisa meyakinkan kepada legislatif dan eksekutif bahwa investasi kesehatan adalah bukan investasi yang merugi.

Oleh karena itu dengan adanya analisis biaya pelayanan kesehatan di BKMM merupakan langkah yang tepat dalam rangka penyesuaian tarif pelayanan yang nantinya dapat digunakan kembali untuk membiayai program kesehatan.

Dari matrik tersebut pada halaman 80, 83, 91 dapat memperlihatkan besarnya subsidi yang harus dikeluarkan Pemerintah Propinsi Jawa Tengah apabila mempergunakan tarif saat ini dan apabila mempergunakan tarif yang diusulkan.

Sesuai sasaran BKMM adalah masyarakat golongan menengah kebawah kiranya perlu diusahakan juga adanya dana JPSBK. dengan rujukan dari Puskesmas.

Hasil wawancara dengan Bagian Keuangan Pemerintah Daerah Jawa Tengah sangat mendukung dengan adanya penyerahan UPT ke Pemerintah Daerah namun tentunya juga harus dikelola dengan baik karena nantinya diharapkan juga bisa memberikan kontribusi bagi pendapatan daerah. Dengan adanya kegiatan analisis biaya ini, diharapkan bisa sebagai bahan masukan penyesuaian tarif hanya perlu dikaji lebih lanjut dan ditindaklanjuti dengan memperhatikan inovasi-inovasi baru, kebijakan dan aturan Pemda yang ada serta kemampuan masyarakat.

CRR yang masih rendah untuk beberapa jenis pelayanan perlu diinformasikan kepada Pemda bahwa hal tersebut sudah sangat mendesak dan perlu dicari solusinya. Misalnya subsidi untuk golongan masyarakat menengah kebawah tetap harus ada atau penyesuaian tarif dibuat berstrata sehingga diharapkan ada subsidi silang antara golongan mampu dan tidak mampu. Hal ini sesuai dengan sasaran BKMM untuk melayani masyarakat golongan menengah kebawah dimana Pemda ikut bertanggung jawab mengurus mereka. Dari beberapa hasil analisis biaya tersebut dapat memberikan gambaran bahwa BKMM masih jauh dari harapan sebagai "*Revenue Center*" oleh karena itu Pemda harus menggali potensi dari sektor ekonomi.

Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah sangat mendukung dengan adanya penyerahan UPT yang diharapkan nantinya akan bisa lebih berkembang misalnya menjadi Rumah Sakit Mata dengan harapan tentunya subsidi anggaran dari Pemda untuk masyarakat menengah kebawah masih ada.

Hasil wawancara dengan Kepala BKMM dengan adanya analisis biaya dan penyesuaian tarif baru, menaruh kekhawatiran kemungkinan masyarakat keberatan karena misi BKMM untuk masyarakat miskin. Antisipasi yang diusulkan seandainya

kebijakan tarif baru diberlakukan dalam pelaksanaannya semi swadana dengan harapan Pemda masih memberikan subsidi obat dan bahan.

Salah satu kebijaksanaan penentuan pola tarif Departemen Kesehatan adalah bahwa pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Selain itu biaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan dipikul bersama oleh pemerintah dan masyarakat dengan memperhatikan kemampuan keuangan Negara dan keadaan sosial ekonomi masyarakat serta kebijaksanaan subsidi silang (Djoko Wiyono, 1999). Oleh karena itu sangat memungkinkan apabila tarif pelayanan kesehatan dibuat berstrata dengan membuat kelas-kelas pelayanan sehingga akan terjadi subsidi silang.

Dengan adanya peningkatan tarif tentunya masyarakat juga mengharapkan adanya peningkatan kualitas pelayanan. Donabedian, seorang ahli mutu pelayanan kesehatan, menilai mutu adalah suatu keputusan yang berhubungan dengan proses pelayanan yang berdasarkan tingkat dimana pelayanan memberikan kontribusi terhadap nilai *outcomes*. Proses pelayanan kesehatan sendiri dibagi dalam dua komponen utama, pelayanan teknis medis dan manajemen hubungan interpersonal antara praktisioner dan klien. Untuk itu perlu adanya pembenahan didalam BKMM sendiri meliputi peningkatan kualitas SDM dengan memberikan pengetahuan dan ketrampilan mengenai pelayanan prima, *quality assurance* dan persiapan-persiapan kearah swadana. Hal ini juga sesuai dengan instruksi Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 828/Menkes/VII/1999 tentang Pelaksanaan Pelayanan Prima Bidang Kesehatan yang salah satunya menyebutkan bahwa pelayanan prima selalu diupayakan agar petugas memberikan pelayanan dengan sikap ramah dan sopan serta berupaya meningkatkan kinerja pelayanan secara optimal dengan kemampuan pelayanan yang tersedia dalam jumlah dan jenis yang cukup. Disamping itu untuk



mengetahui kepuasan pasien perlu dicoba dengan memberikan angket kepada pasien yang datang ke BKMM.

Sejalan dengan makin banyaknya pesaing didalam hal pelayanan kesehatan maka BKMM sebagai institusi pemerintah non profit perlu juga mengadakan program pemasaran agar dapat lebih bersaing.

#### D. Analisis Titik Impas ( *Break Event Analysis* ).

Analisis Titik Impas dilakukan untuk menjawab bila diketahui biaya yang diperlukan untuk menghasilkan produk dan harga (tarif) telah ditetapkan, berapa banyak jumlah produk harus terjual agar dicapai titik impas.

Dari perhitungan analisis biaya, diperoleh besar Total Biaya (TC) yang merupakan jumlah biaya tetap dan biaya variabel. Biaya variabel total diperoleh dengan perhitungan biaya variabel per unit (VCU) dikalikan kuantitas produk (Q).

Pada kondisi titik impas, maka pendapatan atau *Total Revenue* (TR) sama dengan pengeluaran atau biaya total (TC). Sedangkan TR merupakan hasil perhitungan *revenue* per unit atau pendapatan/tarif per pasien (RU) dikalikan dengan kuantitas produk/Hasil penjualan (Q). Dengan demikian maka pada *Break Event Point* kondisi impas dicapai dengan persamaan (Mardiyati, 1998).

$$TR = TC$$

$$RU \times Q = TFC + (VCU \times Q)$$

Hasil simulasi BEP per jenis pelayanan di BKMM dengan tarif baru ternyata tidak akan mencapai BEP karena tarif aktual pada 5 jenis pelayanan lebih tinggi dari pada tarif baru. Oleh karena itu dicoba membandingkan selisih TR dan TC pada tarif baru dan tarif yang akan diusulkan sebagai berikut :

**Tabel 21 : Simulasi penghitungan BEP dengan tarif baru di BKMM Semarang tahun 2000.**

No.	Jenis Pelayanan	Tarif baru	TR (Rp)	TC(Rp)	TR-TC	Jml Pasien
1.	Poliklinik	1.000	4.449.000	5.803.254	-	4.449
2.	Spesialistik	15.000	17.940.000	3.736.986	+	1.196
3.	Laboratorium	2.000	452.000	3.694.392	-	226
4.	Operasi Kecil	15.000	405.000	392.193	+	27
5.	Operasi Sedang	30.000	810.000	784.386	+	27
6.	Operasi Besar	150.000	28.200.000	29.414.508	-	188
7.	Observasi	3.000	564.000	9.846.676	-	188
8.	Refraksi	1.500	1.434.000	2.547.028	-	956

Dari 8 jenis pelayanan di BKMM tersebut diatas yang dilakukan simulasi dengan tarif baru, ternyata ada 5 jenis pelayanan yaitu Poliklinik, Laboratorium, Operasi besar, Observasi dan Refraksi yang menghasilkan perhitungan TR-TC dengan hasil – (minus). Sedangkan 3 jenis pelayanan yaitu Spesialistik, Operasi kecil dan Operasi sedang akan mencapai titik impas (BEP) bila pasien mencapai jumlah 1455 untuk Spesialistik dan 415 untuk Operasi kecil dan sedang.

Oleh karena itu diusulkan agar tarif 5 jenis pelayanan tersebut dinaikkan minimal sama dengan tarif pesaing atau diusulkan dengan simulasi sebagai berikut :

**Tabel 22 : Simulasi penghitungan BEP dengan tarif usulan baru di BKMM Semarang tahun 2000.**

No.	Jenis Pelayanan	Tarif usulan baru	TR (Rp)	TC(Rp)	TR-TC	Jml Pasien
1.	Poliklinik	1.400	6.228.600	5.803.254	+	4.449
2.	Spesialistik	3.500	4.186.000	3.736.986	+	1.196
3.	Laboratorium	16.500	3.729.000	3.694.392	+	226
4.	Operasi Kecil	15.000	405.000	392.193	+	27
5.	Operasi Sedang	30.000	810.000	784.386	+	27
6.	Operasi Besar	160.000	30.080.000	29.414.508	+	188
7.	Observasi	55.000	10.340.000	9.846.676	+	188
8.	Refraksi	3.000	2.868.000	2.547.028	+	956

Hal ini tentunya merupakan tugas yang berat bagi BKMM, untuk itu perlu segera adanya peninjauan kembali mengenai tarif pelayanan.

**Matrik Analisis Sensitivitas Biaya Satuan (Unit cost) BKMM dengan UC Aktual Termasuk Gaji Tahun 2000**

No.	Jenis Pelayanan	Tarif Saat Ini	Tarif Pesaing	Usulan Tarif Baru	Tingkat Utilitasi	TC	UC Actual	TR 1	CRR 1	TR 2	CRR 2
1	Karcis/Poliklinik	500	3,000	1,000	4449	31,472,686	7,074	2,224,500	7.07%	4,449,000	14.14%
2	Spesialistik	750	4,000	15,000	1196	39,315,785	32,873	897,000	2.28%	17,940,000	45.63%
3	Laboratorium	750	4,000	2,000	226	24,756,950	109,544	169,500	0.68%	452,000	1.83%
4	Operasi Kecil	10,000	15,000	15,000	27	1,052,352	38,976	270,000	25.66%	405,000	38.49%
5	Operasi Sedang	20,000	65,000	30,000	27	2,104,704	77,952	540,000	25.66%	810,000	38.49%
6	Operasi Besar	60,000	240,000	150,000	188	81,732,539	434,748	11,280,000	13.80%	28,200,000	34.50%
7	Observasi	1,750	8,000	3,000	188	50,188,418	266,960	329,000	0.66%	564,000	1.12%
8	Refraksi	750	4,000	1,500	956	29,134,211	30,475	717,000	2.46%	1,434,000	4.92%
9	Luar gedung	100,000	-	-	540	113,610,196	210,389	54,000,000	47.53%	0	0

**Keterangan**

- TC : biaya langsung + tak langsung (termasuk gaji )  
 UC Aktual : Unit Cost aktual termasuk gaji  
 TR1 : Total pendapatan dari tarif saat ini (tarif saat ini X utilisasi)  
 CRR1 : Tingkat pemulhan/pemenuhan saat ini dengan UC Aktual  
 TR2 : Total pendapatan dari tarif baru (tarif baru X utilisasi)  
 CRR2 : Tingkat pemulhan/pemenuhan tarif baru dengan UC Aktual

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A KESIMPULAN

1. Biaya yang timbul akibat adanya kegiatan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Semarang baik yang didalam maupun diluar gedung meliputi biaya gaji, obat, bahan habis pakai, penyusutan gedung, alat, kendaraan roda 4, sterilisasi alat, daya dan jasa, ATK, pemeliharaan gedung, alat, kendaraan, administrasi, Satpam dan cuci disamping keperluan untuk pelayanan diluar gedung berupa biaya lumpsum dan transport untuk petugas.
2. Biaya langsung yang terjadi di BKMM Semarang meliputi gaji sebesar Rp.187.722.900,- , Obat sebesar Rp.23.385.073,- , bahan habis pakai sebesar Rp.43.941.773,- , penyusutan gedung sebesar Rp.17.334.240,- , penyusutan alat sebesar Rp.29.045.067,- dan sterilisasi alat sebesar Rp.453.830,-. Sedangkan untuk kegiatan diluar gedung ditambah dengan penyusutan roda 4 sebesar Rp.1.336.000,- dan biaya pelayanan lapangan sebesar Rp.40.780.000,-
3. Biaya tidak langsung yang terjadi di BKMM Semarang meliputi biaya daya dan jasa (listrik, telpon dan air) sebesar Rp.4.986.000,-, ATK sebesar Rp.403.950,-, pemeliharaan gedung sebesar Rp.4.499.999,- , pemeliharaan alat sebesar Rp.6.480.000,-, TU/administrasi sebesar Rp.3.892.259,-, Honor Satpam sebesar Rp.3.150.000,- dan cuci sebesar Rp.156.750,-. Sedangkan kegiatan diluar gedung masih dibebani dengan pemeliharaan kendaraan sebesar Rp.5.800.000,-
4. Biaya satuan (*Unit Cost*) aktual termasuk gaji dan investasi per jenis pelayanan didapatkan biaya satuan karcis/poliklinik Rp.7.074,- , pemeriksaan spesialistik Rp.32.873,- , pemeriksaan laboratorium Rp.109.544,- , operasi kecil Rp.38.976,-

operasi sedang Rp.77.952,- , operasi besar Rp.434.748,- , observasi Rp.266.960,- dan refraksi = Rp.30.475,- . Sedangkan biaya satuan untuk pelayanan diluar gedung sebesar Rp.210.389,-.

5. Biaya satuan (*Unit Cost*) aktual tanpa gaji per jenis pelayanan didapatkan biaya satuan karcis/poliklinik Rp.1.893,- , pemeriksaan spesialisik Rp.17.572,- , pemeriksaan laboratorium Rp.25.284,- , operasi kecil Rp.21.830,- , operasi sedang Rp.43.660,- , operasi besar Rp.243.495,- , observasi Rp.94.808,- dan refraksi = Rp.4.022,- . Sedangkan biaya satuan untuk pelayanan diluar gedung sebesar Rp.150.516,-.
  6. Biaya satuan (*Unit Cost*) aktual tanpa gaji dan investasi per jenis pelayanan didapatkan biaya satuan karcis/poliklinik Rp.1.304,- , pemeriksaan spesialisik Rp.3.124,- , pemeriksaan laboratorium Rp.16.347,- , operasi kecil Rp.14.525,- , operasi sedang Rp.29.050,- , operasi besar Rp.156.460,- , observasi Rp.52.375,- dan refraksi = Rp.2.664,- . Sedangkan biaya satuan untuk pelayanan diluar gedung sebesar Rp.148.042,-.
  7. CRR (*Cost Recovery Rate*) tarif BKMM saat ini dengan biaya satuan (*Unit Cost*) Aktual tanpa gaji memberikan gambaran CRR karcis/poliklinik 26,42 %, CRR spesialisik 4,14 %, CRR Laboratorium 2,97 %, CRR Operasi Kecil 45,81 %, CRR Operasi Sedang 45,81 %, CRR Operasi Besar 24,64 %, CRR Observasi 1,85 %, CRR Refraksi 18,65 % dan CRR luar gedung 66,44 %.
- CRR tarif BKMM yang diusulkan dengan biaya satuan aktual memberikan gambaran CRR karcis/poliklinik 52,83 %, CRR Spesialistik 85,36 %, CRR Laboratorium 7,91 %, CRR Operasi Kecil 68,71 %, CRR Operasi Sedang 68,71 %, CRR Operasi Besar 61,80 %, CRR Observasi 3,16 % dan CRR Refraksi 37,29 %.

8. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam penetapan tarif berdasarkan wawancara mendalam dapat disimpulkan sebagai berikut :
- a. Kemampuan masyarakat, karena sasaran BKMM adalah golongan menengah kebawah.
  - b. Peraturan daerah yang ada, karena BKMM menjadi UPT Pemda Propinsi Jawa Tengah maka usulan tarif baru yang dari Departemen Kesehatan belum bisa dilaksanakan kalau belum ada Perdanya.
  - c. Profit BKMM karena itu diusulkan pelaksanaan semi swadana dengan syarat Pemda masih menyediakan biaya obat dan bahan.
  - d. Tingkat utilisasi, dengan adanya kunjungan yang meningkat maka diharapkan pemasukan ke Pemda juga meningkat.

## B SARAN

1. Analisis biaya pelayanan kesehatan di BKMM perlu dilaksanakan tiap tahun sebagai elemen pengawasan, pengendalian dan perencanaan kebutuhan anggaran.
2. Biaya satuan (*Unit Cost*) aktual hasil penelitian dapat digunakan sebagai masukan pada Dinas Kesehatan Propinsi dan Pemerintah Daerah Jawa Tengah sebagai salah satu dasar penetapan tarif pelayanan kesehatan di BKMM.
3. Usulan tarif baru pelayanan kesehatan di BKMM Semarang bisa segera diberlakukan karena tarif lama sudah tidak layak dan hal ini terbukti dari hasil CRR yang sangat rendah, namun dengan konsekuensi perlu juga dipikirkan peningkatan kualitas pelayanan.
4. Dari hasil percobaan penghitungan kenaikan tarif laboratorium dan observasi diusulkan kenaikan tarif sama dengan tarif pesaing dari Rp. 750,- menjadi Rp.

- 4.000,- untuk laboratorium sedangkan untuk observasi dari Rp. 1.750,- menjadi Rp. 8.000,- , itupun baru bisa mencapai CRR sebesar 24,45 % dan 15,27 %.
5. Usulan tarif baru dengan mempertimbangkan adanya subsidi silang dari masyarakat mampu untuk masyarakat tidak mampu misalnya dengan mengatur tarif pelayanan secara berstrata.
  6. Sejalan dengan penyerahan BKMM Semarang menjadi UPT Propinsi Jawa Tengah diharapkan tetap ada subsidi untuk masyarakat golongan menengah kebawah.
  7. Diusulkan ada standart yang baku untuk menghitung biaya pemeliharaan alat sesuai masa pakai dan kerusakan yang berat.
  8. Perlu dibenahi sistem akuntansi keuangan BKMM serta pencatatan pelaporan biaya dan logistik secara sederhana di masing-masing Unit Pelaksana Teknis (UPT) termasuk BKMM.
  9. Peningkatan strategi marketing karena dari hasil penelitian diketahui selama tiga tahun terakhir ada peningkatan kunjungan pasien yang berarti. Diperkirakan dengan *demand* yang meningkat peningkatan tarif tidak akan mempengaruhi kunjungan pasien.
  10. Terdapat beberapa kelemahan pada metode *real cost* yaitu tidak mempertimbangkan kompleksitas organisasi dan alur biaya diantara komponen organisasi. Untuk itu hasilnya perlu dibandingkan dengan metode lain misalnya *double distribution* atau *activity base costing*.
  11. Kepada peneliti lain untuk mengadakan penelitian dari sisi masyarakat khususnya penelitian tentang ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) sebagai bahan pertimbangan penetapan tarif baru pelayanan kesehatan di BKMM. Demikian juga perlu diadakan penelitian mengenai efektif tidaknya pelayanan luar gedung dan dicari inovasi baru yang lebih menguntungkan.

12. Pemanfaatan tenaga yang ada semaksimal mungkin dengan menambah jenis pelayanan lain yang menghasilkan hal ini dikaitkan dengan jumlah perawat dan tenaga administrasi yang banyak.
13. Perlu dilakukan revisi program dan revisi *budget* yang lebih menguntungkan apabila akan menuju ke institusi kesehatan yang mandiri dan *sustainable*.
14. Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kepada pasien perlu diadakan semacam angket untuk mengetahui kepuasan pelanggan.



## DAFTAR PUSTAKA.

- Arikunto, S, *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktek*, PT. Rineka Cipta, Jakarta, 1996.
- Cooper, Robin dan Robert S. Kaplan, *The Design of Cost Management Systems: Text, Cases and Readings*, Prentice-Hall International Editions, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall- Inc, 1996.
- DEPKES RI, *Buku Panduan Analisis Biaya dan penyesuaian tarif pelayanan kesehatan di Indonesia*, YPKMI-LD FE UI, 1996.
- DEPKES RI, *Rangkuman Buku Kerja Workshop Restrukturisasi Pelayanan Publik*, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Jakarta, 2000.
- Dever, A.g, *Community Health Analysis*, Aspen Publik, 1991.
- Gani, Ascobat. Et al, *Analisis Biaya Rumah Sakit Kelas B di Indonesia*, FKM UI, Jakarta, 1989.
- Gani, Ascobat, *Mekanisme "Cost and Pricing" Pelayanan Rumah Sakit dalam Era Liberalisasi Pelayanan Kesehatan*, FKM UI, Jakarta, 1989.
- Gani, Ascobat, *Analisis dan Kebijakan Tarif dalam Pelayanan Kesehatan*, Seminar Optimalisasi Investasi Perorangan dan Kelompok di bidang Pelayanan Kesehatan, Gedung RNI, Jakarta, 21 Agustus 1993.
- Gani, Ascobat, *Analisis Biaya Rumah Sakit*, Makalah II Seri Manajemen Keuangan Pelayanan Kesehatan, 1996.
- Gani, Ascobat. et al, *Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)*, Biro Perencanaan Depkes RI/FKM UI/Indoconsult, 1997.
- Gani, Ascobat, *Seminar Kesiapan Sektor Kesehatan Menyongsong Otonomi Daerah*, Semarang, 2000.
- Gani, Ascobat, *Analisis Biaya*, Makalah yang disajikan pada pelatihan pemutakhiran data biaya kesehatan, Jakarta, 1992.
- Johnson, Thomas H, *Activity-based Information: A Blueprint for World Class, Management Accounting*, Prentice-Hall International Editions, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc, 1991
- Mulyadi, *Akuntansi Biaya*, Bagian Penerbitan Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN, Yogyakarta, 1993.
- Mulyadi, *Akuntansi Manajemen*, Edisi 2, STIE YKPN, Yogyakarta, 1995.

- Mills, Anne, Smith, DL, Tabibzadeh, I, (terjemahan Trisnantoro, L, Wilopo, SA), *Desentralisasi Sistem Kesehatan : Konsep-konsep Isu-isu dan pengalaman di berbagai Negara (Health System Desentralization: Concepts, Issues and Country Experience)*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 1991.
- Nawawi Hadari.cs, *Penelitian Terapan*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 1996.
- Raymond, Tubagus, *Pendekatan "Real Cost" dalam menghitung biaya per pelayanan di Rumah Sakit*, Workshop Analisis Biaya Pelayanan Rumah Sakit untuk Perancangan Sistem Pembiayaan Rumah Sakit, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK UGM, Yogyakarta, 2001.
- Suharsini, *Anggaran Sebagai Alat Pengendalian dan Evaluasi Kinerja di Rumah Sakit*, Makalah Seminar Nasional Persi, 1995.
- Syaaf, Amal.C, *Analisis Biaya Layanan Kesehatan Rumah Sakit*, Makalah Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 1989.
- Syaaf, Amal.C, *Analisis Biaya-Volume-Profit*, Makalah Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit. Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 1990.
- Wijono, Djoko, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi, Vol.I*, Airlangga University Press, Surabaya, 1999.